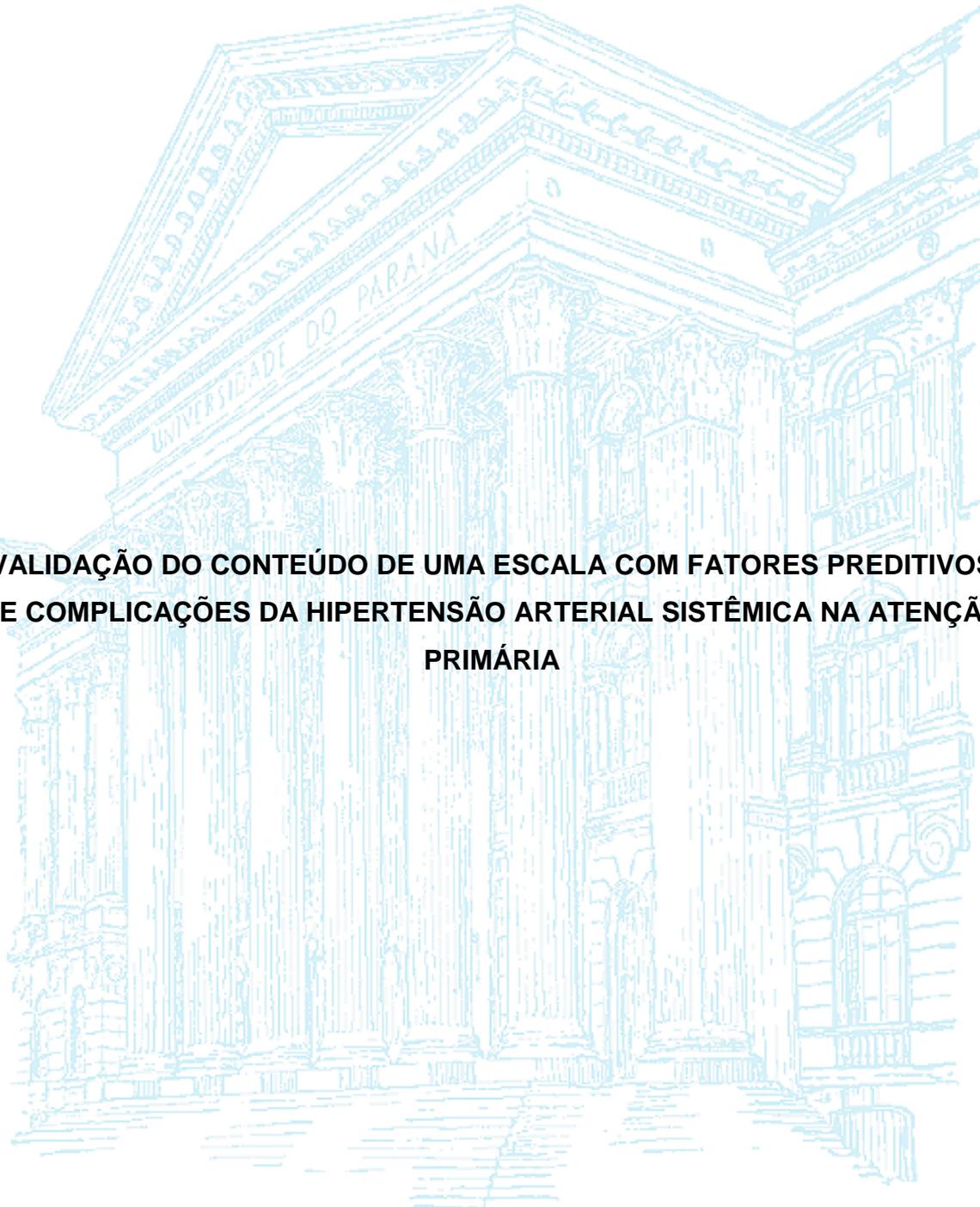


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**ÂNGELA TAÍS MATTEI**

**VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE UMA ESCALA COM FATORES PREDITIVOS  
DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**



**CURITIBA**

**2015**

**ÂNGELA TAÍS MATTEI**

**VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE UMA ESCALA COM FATORES PREDITIVOS  
DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani

**CURITIBA**

**2015**

Mattei, Angela Taís

Validação do conteúdo de uma escala com fatores preditivos para o aparecimento de complicações da hipertensão arterial sistêmica / Ângela Taís Mattei - Curitiba, 2013.

205 f.: il.; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Doença crônica. 2. Saúde do adulto. 3. Hipertensão. 4. Predição  
5. Cuidados de enfermagem. 6; Prática profissional. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.132

## TERMO DE APROVAÇÃO

ÂNGELA TAÍS MATTEI

### VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE UMA ESCALA COM FATORES PREDITIVOS DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

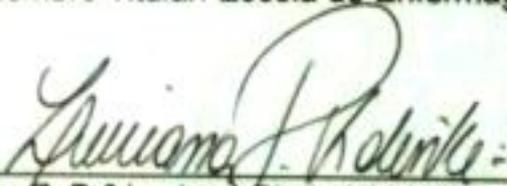
Orientadora:



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná, UFPR



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Simone de Godoy Costa  
Membro Titular: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, EERP



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Luciana Puchalski Kalinke  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná, UFPR

Curitiba, 16 de novembro de 2015.

Ao meu esposo **Jéderson**,  
pelo companheirismo, respeito  
e incentivo nessa trajetória.

Aos meus pais **Luís e Neila**,  
por investirem na minha vida e  
acreditarem no meu potencial.

**Muito obrigada, amo vocês!**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, soberano sobre todas as coisas, eu gostaria de agradecer pelo dom da vida, pela capacidade, sabedoria, discernimento e força que me proporcionou para chegar até aqui;

Ao meu esposo **Jéder**, pelo companheirismo, amizade, tempo dispendido durante as longas conversas de incentivo, pela sua dedicação e amor;

Aos meus pais, **Luís e Neila**, que investiram em mim, acreditaram no meu potencial e mesmo de longe me impulsionaram a terminar este trabalho. Eu amo vocês!

As minhas irmãs, **Simone, Fernanda e Eloisa**, agradeço pelas inúmeras demonstrações de carinho, pela força e incentivo nesta jornada;

Ao meu pequeno sobrinho **Álan**, que me motiva com suas demonstrações de carinho e amor;

Aos meus tios, meus “pais postiços”, **Alécio e Neiva**, por me acompanharem de perto desde a graduação, por me fazerem uma pessoa melhor, por estarem por perto e se importarem com os meus momentos de dificuldade e aflição demonstrando incansavelmente seu amor e carinho;

Aos meus primos, **Josias e Tobias**, vocês foram os irmãos que eu não tive, obrigada pelas brincadeiras, pelo incentivo e pelo exemplo que vocês são para mim;

A minha professora e orientadora **Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani**, exemplo de enfermeira e pesquisadora, este trabalho e meu crescimento profissional são frutos do seu tempo dispendido nesses cinco anos, obrigada pelo exemplo de profissionalismo, pela amizade e apoio durante essa trajetória;

Aos meus amigos **Danilo e Letícia**, obrigada pelo incentivo e exemplo que vocês são na minha vida!

As queridas amigas e colegas **Juliana, Elis, Alexandra, Carina, Daniele, Maria Lúcia, Michele, Alyni, Eliani, Gisele e a Rafaela**, obrigada por compartilharem minhas incertezas, angústias, pelas longas conversas e palavras de incentivo;

Aos membros do **Grupo Multiprofissional de Estudos em Saúde do Adulto – GEMSA** pela convivência e troca de conhecimentos em todos estes anos, em especial as bolsistas de Iniciação Científica, Taísa, Camila, Karin, Evelyn, Mireille e Jennyfer.

Aos **colegas de turma**, pois juntos compartilhamos de alegrias, aflições e nos amparamos mutuamente;

A todos os professores, coordenação e secretaria do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – **PPGENF/UFPR**, pela disponibilidade e atenção proporcionada.

Aos doutores que compuseram a **banca de qualificação e defesa** de mestrado, pelas contribuições e aprimoramento deste trabalho;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - **CAPES**, pelo apoio financeiro neste período de mestrado;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - **CNPq** e Fundação Araucária – **FA**, pelo financiamento do projeto;

A todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

“Não há maior obstáculo ao conhecimento do que o orgulho, e nenhuma condição mais essencial do que a humildade.”

John Stott

## RESUMO

**Introdução:** As doenças crônicas representam desafios para a área de saúde e entre elas destaca-se a hipertensão arterial sistêmica a qual se não gerida de maneira eficaz eleva a chance para o desenvolvimento de complicações. Desta forma os pesquisadores da área da saúde buscam estratégias para disponibilizar tecnologias para o acompanhamento e tratamento dos pacientes acometidos e a criação de instrumentos para mediar a gestão de cuidados é uma tendência nas pesquisas em enfermagem e a validação desses é uma etapa necessária para testar a aplicabilidade. **Objetivo:** validar o conteúdo de uma escala composta de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da hipertensão arterial sistêmica e uma proposta de ações para o gerenciamento do cuidado. **Método:** pesquisa metodológica de natureza quantitativa que utilizou a técnica Delphi online modificada para a validação. Os participantes foram mestres e doutores *experts* em hipertensão arterial sistêmica, selecionados pela busca na plataforma do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e que atenderam os critérios de inclusão. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2015 por meio de duas rodadas de questionários via sistema *Google Docs*<sup>®</sup> e uma reunião de consenso via *Skype*<sup>®</sup>. Os dados foram analisados pelo programa *IBM SPSS Statistics*<sup>®</sup> v.20.0, com apoio de uma profissional estaticista. Os resultados foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, máximos, desvios padrões, frequências, percentuais e apresentados em quadros e tabelas. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, parecer nº 848.878. **Resultados:** na primeira rodada de validação participaram 32 *experts*, 26 (81,3%) eram do sexo feminino, 17 (53,1%) eram doutores, 28 (87,5%) docentes que realizavam pesquisas, quatro (12,5%) enfermeiros pesquisadores que trabalhavam especificamente com pesquisas e nove (28,1%) enfermeiros da prática profissional, nesta fase o instrumento de coleta de dados obteve um Alpha de Cronbach de 0,801 e um Índice de Validade de Conteúdo de 0,872. Na segunda rodada participaram 26 *experts*, 19 (73,1%) eram do sexo feminino, 13 (50,0%) eram doutores, 24 (92,3%) docentes que realizavam pesquisas, quatro (15,38%) enfermeiros pesquisadores que trabalhavam especificamente com pesquisas e seis (23,1%) enfermeiros da prática profissional, nesta rodada o Alpha de Cronbach foi de 0,763 e o Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,98. **Conclusões:** a escala de predição para complicações da hipertensão arterial sistêmica e as ações para o gerenciamento de cuidado tiveram excelente índice de validação, indicando que esta é capaz de medir o que se propôs, podendo ser utilizada como uma tecnologia para auxiliar no acompanhamento de pacientes com hipertensão visando à redução ou o adiamento no desenvolvimento de complicações associadas a esta doença.

**Palavras-chave:** Estudo de validação. Enfermagem. Doenças Crônicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** chronic diseases represent challenges to health and among them there is the hypertension which if not managed effectively increases the chance for developing complications. In this way the researchers of health seek strategies to provide technologies for the monitoring and treatment of patients affected and the creation of instruments to mediate care management is a trend in nursing research and validation of these is a necessary step to test applicability. **Aim:** to validate the contents of a scale composed of predictive factors for the onset of complications of hypertension and an offer of shares to the management of care. **Method:** quantitative research methodology that uses the modified Delphi technique online for validation. Participants were teachers and doctors experts in hypertension, selected by the search on the platform of the National Scientific and Technological Development Council, which met the inclusion criteria. Data collection took place between February-July 2015 through two rounds of questionnaires via Google Docs<sup>®</sup> system and a consensus meeting via Skype<sup>®</sup>. Data were analyzed by SPSS v.20.0 Statistics<sup>®</sup> program, with the support of a professional statistician. Results are expressed as mean, median, minimum, maximum, standard deviation, frequency, percentage and presented in charts and tables. The study was approved by the Ethics of Health Sciences Sector Committee of the Federal University of Parana, look at 848.878. **Results:** in the first round of validation participated 32 experts, 26 (81.3%) were female, 17 (53.1%) were doctors, 28 (87.5%) teachers who performed research, four (12.5 %) nurses researchers working specifically with research-nine (28.1%) nurses for professional practice at this stage the data collection instrument obtained a Cronbach's alpha of 0.801 and a Content Validity Index of 0.872. In the second round 26 experts participated, 19 (73,1%) were females and 13 (50.0%) were doctors, 24 (92,3%) professors who performed research, four (15.38%) nurses researchers working specifically with research and six (23.1%) nurses professional practice, this round Cronbach's Alpha was 0.763 and Content Validity Index was 0.98. **Conclusions:** the prediction scale for complications of hypertension and actions for care management had excellent validation index, indicating that it is able to measure what is proposed and can be used as a technology to assist in the monitoring of patients with hypertension in order to reduce or delay the development of complications associated with this disease.

**Palavras-chave:** Study validation. Nursing. Chronic diseases

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI.....	30
FIGURA 2- SEQUÊNCIA DE EXECUÇÃO DE UMA TÉCNICA DELPHI .....	38
FIGURA 3- BUSCA DE ESPECIALISTAS MESTRES .....	40
FIGURA 4- APLICAÇÃO DE FILTROS RELATIVOS À FORMAÇÃO ACADÊMICA PARA A BUSCA DE ESPECIALISTAS MESTRES.....	41
FIGURA 5- APLICAÇÃO DE FILTROS RELATIVOS À ÁREA DE ATUAÇÃO PARA A BUSCA DE ESPECIALISTAS MESTRES .....	41
FIGURA 6 - SELEÇÃO DE PREFERÊNCIAS NA BUSCA POR ESPECIALISTAS MESTRES .....	42
FIGURA 7– NÚMERO DE <i>EXPERTS</i> E ESCORES OBTIDOS NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO BASEADOS EM FEHRING (1994).....	44
FIGURA 8 - FLUXOGRAMA PARA A SELEÇÃO DE <i>EXPERTS</i> .....	45
FIGURA 9– PRIMEIRA PARTE DA ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI .....	70
FIGURA 10– SEGUNDA PARTE DA ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI .....	71

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ESPECIALISTAS, BASEADO NOS CRITÉRIOS DO SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE ESPECIALISTAS DE FEHRING (1994).....	43
QUADRO 2- PONTUAÇÕES E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA.....	46
QUADRO 3- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS <i>EXPERTS</i> NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO PARA A PRIMEIRA PARTE DA ESCALA .....	56
QUADRO 4- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS <i>EXPERTS</i> PARA AS AÇÕES DE BAIXO E MODERADO RISCO PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO .....	58
QUADRO 5- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS <i>EXPERTS</i> PARA AS AÇÕES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO .....	59
QUADRO 6- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS <i>EXPERTS</i> PARA A PRIMEIRA PARTE DA ESCALA NA SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO .....	68
QUADRO 7- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS <i>EXPERTS</i> PARA AS AÇÕES DE GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO.....	69

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	48
TABELA 2- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMADO .....	49
TABELA 3- ÊNFASE DE PESQUISA DOS GRUPOS EM QUE OS <i>EXPERTS</i> FAZEM PARTE .....	49
TABELA 4- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> EM QUATRO NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA.....	50
TABELA 5- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> EM DOIS NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA.....	51
TABELA 6- ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA .....	51
TABELA 7- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> DOCENTES QUE REALIZAM PESQUISA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA.....	52
TABELA 8- ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE ESPECÍFICA DE PESQUISA E AS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA .....	54
TABELA 9- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA PRÁTICA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA.....	55
TABELA 10- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	60
TABELA 11- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMADO .....	61
TABELA 12- ÊNFASE DO TEMA DE PESQUISA DOS GRUPOS EM QUE OS <i>EXPERTS</i> PARTICIPAM.....	61
TABELA 13- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> EM QUATRO NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA.....	62
TABELA 14- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> EM DOIS NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA.....	63
TABELA 15- ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA .....	63

TABELA 16- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> DOCENTES QUE REALIZAM PESQUISA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA .....	65
TABELA 17- ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE ESPECÍFICA DE PESQUISA E AS RESPOSTAS DOS <i>EXPERTS</i> PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA.....	66
TABELA 18- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA PRÁTICA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA.....	67

## LISTA DE SIGLAS

ARIC	- <i>Atherosclerosis Risk in Communities Study</i>
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
BMQ	- <i>Brief Medication Questionnaire</i>
CNPQ	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DC	- Doença (s) Crônica (s)
DCNT	- Doença (s) Crônica (s) Não Transmissível (is)
DM	- Diabetes Mellitus
ELSA	- Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	- <i>High Density Lipoprotein</i>
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	- Índice de Massa Corporal
IVC	-Índice de Validade de Conteúdo
LDL	- <i>Low Density Lipoprotein</i>
MBG	- Martín-Bayarre-Grau
MINICHAL	- Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan Americana de Saúde
PAD	- Pressão Arterial Diastólica
PAS	- Pressão Arterial Sistólica
SAQ	- <i>Seattle Angina Questionnaire</i>
SF-36	- <i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey</i>
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSS	- <i>Social Support Survey</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1 ESTUDOS E INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM HAS E/OU COMPLICAÇÕES .....	23
2.2 ESCALA COM FATORES PREDITIVOS PARA O APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO E AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO .....	28
2.3 TÉCNICA DELPHI DE VALIDAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS .....	31
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>39</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	39
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
3.3 COLETA DE DADOS .....	44
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	47
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA PRIMEIRA RODADA DA TÉCNICA DELPHI.....	48
4.2 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI NA PRIMEIRA RODADA .....	49
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI.....	60
4.4 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI NA SEGUNDA RODADA .....	62
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>72</b>
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>96</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>120</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>203</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado às doenças crônicas (DC), principalmente aquelas que representam desafios para a área de saúde, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por sua magnitude, tem recomendações para que sejam oferecidos, aos que por elas são acometidos, tecnologias para seu acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2012).

Dessa forma, pesquisadores da área de saúde buscam estratégias para disponibilizar métodos e técnicas para atender essas recomendações. A criação de instrumentos que facilitem a gestão de cuidados<sup>1</sup> é uma tendência nas pesquisas em enfermagem e sua validação é uma etapa necessária para testar a aplicabilidade.

Em referência às DC, estas são cada vez mais comuns em nossa sociedade e requerem atenção redobrada dos profissionais de saúde ao seu atendimento, pois são consideradas como uma experiência de vida permanente, curso clínico instável pelos períodos de agudização e exacerbação, o que pode gerar incapacidades, mudanças na vida diária e estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adaptação social, psicológica e mudanças na expectativa de vida (SCHMIDT, 2011; BRASIL, 2013).

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus (DM), cânceres e doenças respiratórias crônicas, foram responsáveis por 63% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas a nível mundial em 2008 (WHO, 2011; ALWAN *et al.*, 2010).

Em 2009, no Brasil, elas responderam por 72,4% do total de óbitos, e as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e DM foram responsáveis por 80,7% das mortes por DC (SCHMIDT *et al.*, 2011). Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes em capitais brasileiras (SILVA JÚNIOR, 2009).

Essa mudança no perfil de morbimortalidade ocorreu pela rápida transição demográfica, a qual gerou uma pirâmide etária com peso maior para adultos e idosos; o aumento da renda, a industrialização, mecanização da produção,

---

<sup>1</sup> Gerenciamento de cuidado e Gestão de cuidado nesta pesquisa são utilizados como sinônimos e definidos como o processo de condução de fatores de risco ou de uma condição de saúde, por meio de intervenções gerenciais, educacionais e de cuidado, com o objetivo de obter melhora clínica e melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2012)

urbanização e a facilidade no acesso aos alimentos também produziram rápida transição nutricional, aumentando a prevalência de DC (IBGE, 2009; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

No estado do Paraná, as DCNT também constituem o principal problema de saúde e, em 2009, a taxa de mortalidade por essas doenças foi de 348,1 óbitos por 100.000 habitantes. Apesar de estarem elevadas, no período compreendido entre 2000 e 2009, observou-se redução de 5,2% em relação às doenças cardiovasculares e 7,4% nas respiratórias crônicas, contudo, as taxas de mortalidade por DM e câncer tiveram um aumento progressivo (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2011).

As DCNT necessitam de uma abordagem eficaz que previna o aparecimento e/ou diminua o desenvolvimento de complicações. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o projeto “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas” e propunha uma forma de gerenciamento dessas condições para os sistemas de saúde, com vistas à resolução em contraposição ao tratamento dos sintomas, apenas quando eles aparecessem (OMS, 2002).

Além desse, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao verificar que a maioria das pessoas com DCNT não recebiam atenção adequada, também elaborou um documento em que apresenta o Modelo de Cuidado Crônico, no qual a atenção primária tem papel central, mas que deve ser complementada pelos centros de atenção especializados e intensivos. Esse modelo tem a abordagem na pessoa, com seus problemas diversos, a complementariedade com os profissionais de saúde, a comunidade, o paciente e a família (OPAS, 2012).

Nesse sentido, acredita-se que a atuação profissional, em especial do enfermeiro no nível primário de atenção, pode reduzir as taxas de hospitalizações e complicações geradas pelas DC, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de forma a auxiliar na redução das taxas de morbimortalidade das mesmas (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2011; BARRETO; MARCON, 2013).

A HAS acomete 23,3% dos adultos brasileiros, possui baixas taxas de controle, é uma condição com múltiplos fatores clínicos, caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados. Está geralmente associada a alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBC; SBH; SBN, 2010; BRASIL, 2011).

De acordo com a OMS (2002), o número de hipertensos na população mundial é de aproximadamente um bilhão, com 7,1 milhões de mortes por ano. Na população brasileira, a prevalência dessa doença varia entre 22% a 44% e aumenta em função da idade.

A HAS também é fator de risco para outras DC e está associada à ocorrência de doença cerebrovascular, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doença isquêmica e insuficiência cardíaca e renal, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), 25% das mortes por doença arterial coronariana e combinada ao DM, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, podem ter HAS como fator de risco em fases precoces da vida e essas consequências fazem com que ela seja responsável pela origem de muitas DCNT, caracterizando-a como a principal causa de redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, o que contribui com mais de um terço de todas as mortes (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Mesmo com o progresso no tratamento das doenças cardiovasculares, o número de mortes ocasionadas pela HAS continua elevado e, até 2020, pode liderar as estatísticas de causa-morte no mundo (OMS, 2013). Considera-se portadores de HAS indivíduos com pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual 140 mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg, com algum risco cardiovascular, quando verificado em pelo menos dois momentos distintos (SBC; SBH; SBN, 2010).

A HAS é determinada por diversos fatores genéticos e de risco associados, como idade, raça, sexo, história familiar, tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal. Desta maneira, o desafio em relação a esta doença é estabelecer substanciais aumentos no diagnóstico, tratamento, seguimento e controle dentro das metas ideais para cada situação peculiar dos pacientes (NOBRE *et al.*, 2013).

Desta forma, o Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de mudanças no estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção dessa doença. Além disso, a alimentação adequada, principalmente em relação ao consumo de sal e ao controle do peso, prática de atividade física, abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser abordados e

controlados de forma apropriada para que os níveis satisfatórios da pressão arterial sejam mantidos (BRASIL, 2009b).

Assim, vários estudos buscaram estratégias para auxiliar no gerenciamento dos cuidados de forma a evitar ou prevenir o desenvolvimento de complicações, melhorar a qualidade de vida, identificar fatores de risco ou apoio social de doentes crônicos, e uma das estratégias são os instrumentos ou escalas como o *Framingham* (Oppenheimer,2005), o Mini Questionário de Qualidade de Vida em HAS (*MINICHAL* Badia *et al.*, 2002; Schulz *et al.*, 2008)), o instrumento de Bulppit e Fletcher Bulppit; Fletcher, 1990), o *36 Item Short Form Survey (SF-36)* (Ware; Sherbourne,1992; Ciconelli *et al.*, 1999)), o *Seattle Angina Questionnaire (SAQ)* (Spertus *et al.*, 1995) e o *Social Support Survey (SSS)* (Sherbourne;Stewart,1999)), produzidos nos Estados Unidos e na Inglaterra.

Além desses, outros, para avaliar a adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso, como o *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* (Svarstad *et al.*, 1999; Ben; Neumann; Mengue, 2012), Morisky e Green (Morisky;Green; Levine,1986), *Cuestionario de Valoracion de Adherencia* (Velandia-Arias;Reviera-Álvarez,2009), Questionário Martín-Bayarre-Grau (MBG) (Alfonso;Vea;Ábalo, 2008), Teste de Haynes (Santa-Helena;Nemes;Eluf-Neto,2008), *Escala de conductas em salud* (Mendoza-Parra;Merino;Barriga,2009) e o *Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale* ( Kim, *et al.*,2000) foram elaborados.

Porém, o que se percebe é que eles são utilizados na academia, em pesquisas, e pouco empregados na prática diária; quando o são, servem para listar a probabilidade do desenvolvimento de morbidades, porcentagens de risco e índices, seja de qualidade de vida ou não adesão ao tratamento, entretanto, não há disponível na literatura, até o momento, um instrumento desenvolvido e validado pela Enfermagem brasileira que seja capaz de auxiliar os profissionais na predição de riscos para o desenvolvimento de complicações associadas à HAS e que forneça uma proposta de ações para o gerenciamento de cuidados.

Nesse sentido, a construção de um instrumento e sua validação, vai ao encontro dos tópicos inseridos na agenda de prioridades em pesquisa do Ministério da Saúde, a qual é composta de 20 subagendas definidas por amplas áreas de pesquisa e que envolvem vários campos disciplinares (BRASIL, 2006b).

A subagenda de número cinco aborda a necessidade de pesquisa na área das “Doenças Não Transmissíveis” e elenca como tema prioritário a HAS, DM e

obesidade. Este, é dividido em sete tópicos específicos e entre eles o “Desenvolvimento de métodos de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce dessas doenças” (BRASIL, 2006b).

Além disso, o Ministério da Saúde em parceria com o Departamento de Análise da Situação de Saúde e Secretaria de Vigilância, desenvolveram um Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil; um dos eixos desse documento refere-se à Vigilância, informação, avaliação e monitoramento dessas doenças, este tem como objetivo fomentar e apoiar a prevenção das DCNT e seus fatores de risco por meio do aprimoramento de instrumentos para rastreá-los (BRASIL, 2011).

Dessa forma, em pesquisa anterior desenvolvida em uma tese de doutorado, foi elaborada uma escala que levou em consideração os fatores de risco presentes em hipertensos de uma região de Curitiba, Paraná. O instrumento divide-se em duas partes: a primeira é uma escala composta pelas variáveis preditoras de risco para o desenvolvimento de complicações que obtiveram significância estatística na análise multivariada dos dados oriundos da pesquisa e o peso atribuído a elas deu-se com base nos valores do *Odds Ratio*.

A segunda parte da escala é uma proposta de ações para o gerenciamento de cuidados, a qual foi construída tendo por base a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010), a Linha de cuidados, Hipertensão e Diabetes (OPAS, 2010) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011).

A autora do instrumento afirma que este é capaz de auxiliar o enfermeiro e outros profissionais de saúde a identificar a probabilidade do paciente para o desenvolvimento de complicações associadas à HAS por meio da presença ou ausência de fatores de risco e, a partir disso, fornece um plano de ações para o gerenciamento do cuidado em longo prazo. Acredita-se que esse seja um passo significativo e inédito no atendimento a pessoas com HAS, portanto pode prevenir danos e diminuir custos no atendimento da população acometida (ULBRICH, 2015).

A criação de um instrumento e/ou sua validação inserem-se no desenvolvimento de tecnologias em saúde. Estas são consideradas como saberes, por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção do cuidado. Para Merhy (1997), as tecnologias são classificadas em leve, dura e leve-dura; a primeira refere-se às relações, produção de comunicação, acolhimento, vínculos e

autonomização; as tecnologias duras compreendem os recursos materiais, equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais e as tecnologias leve-duras estão relacionadas aos saberes estruturados no processo de saúde.

O instrumento a ser validado nesta pesquisa é classificado como tecnologia leve-dura por fazer parte do saber estruturado que auxilia na definição e orientação para a realização do cuidado; é resultado de trabalho sistematizado e organizado que pode contribuir para a inovação da prática profissional, sistematização das informações, segurança e qualificação do cuidado, melhor direcionamento da terapêutica e melhoria da decisão clínica proporcionando atendimento eficiente, eficaz e convergente às necessidades do paciente (SALVADOR, *et al.*, 2012).

Porém, para que possa ser aplicado com segurança, de forma confiável, é necessário que possua validade e que esteja associado, com o menor erro possível, ao conceito que é medido ou o que avalia. Na abordagem de Boaventura (2004), o processo de validação de um instrumento é etapa fundamental antes da sua utilização, em razão de possibilitar a verificação da qualidade dos dados, bem como a sua aplicação a uma população específica e permite avaliar como o instrumento se comporta no ambiente em que se pretende implementá-lo.

A validade é um fator determinante na escolha e utilização de uma medida e/ou instrumentos, ela é mensurada pelo grau em que os dados representam o conceito que o instrumento se propõe a medir, ou seja, a capacidade que tem de captar ou revelar um determinado fenômeno (MCGLYNN; ASCH, 1998).

Na abordagem de Cooper e Schindler (2003), a validade refere-se ao grau com que as distinções encontradas por meio do instrumento de mensuração refletem as diferenças reais entre os pesquisados. Ou seja, medidas diferentes de um mesmo fenômeno deveriam concordar e não ser incluídas na mesma fonte de erro.

A validade pode ser avaliada de acordo com o critério, constructo e conteúdo; a primeira permite avaliar o grau com que um instrumento consegue distinguir entre as pessoas que diferem em determinadas características, de acordo com um critério padrão externo; quando o instrumento e o critério são aplicados de forma simultânea a validade é chamada concorrente e quando o critério é avaliado no futuro, chama-se de validade preditiva (MENEZES, 1998).

A validade de constructo, também conhecida como validade de conceito, determina a adequação do instrumento à definição conceitual do fenômeno

investigado, permite a validação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento bem como a avaliação do próprio instrumento. É um processo contínuo, pois à medida que se avança no conhecimento sobre o fenômeno, novas hipóteses são construídas e novos testes empregados (MCDOWELL; NEWELL,2006).

A validade de conteúdo consiste em julgar à proporção que os itens selecionados para medirem uma construção teórica, representam todas as facetas importantes do conceito que é medido (COOPER;SCHINDLER, 2003). Para Rubio e colaboradores (2003) este tipo de validade permite verificar a extensão em que os itens de uma medida determinam o mesmo conteúdo.

Portanto questiona-se : uma escala composta de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da HAS com uma proposta de ações para o gerenciamento do cuidado possuem validade de conteúdo?

E o objetivo desta pesquisa foi validar o conteúdo de uma escala composta de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da HAS com uma proposta de ações para o gerenciamento do cuidado.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico é composto de estudos e instrumentos de mensuração em HAS e/ou complicações, a descrição da escala a ser validada, bem como a técnica Delphi de validação.

### 2.1 ESTUDOS E INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM HAS E/OU COMPLICAÇÕES

Na busca de alternativas para mensurar os danos causados pelas DC e tentar reduzi-los, pesquisadores desenvolveram estudos e criaram instrumentos que auxiliam no cuidado prestado aos pacientes hipertensos e outros doentes crônicos, em diversos aspectos, como a adesão ao tratamento, redução de fatores de risco ou prevenção de complicações.

No Brasil, um exemplo de estudo é o Estudo Longitudinal em Saúde do Adulto (ELSA), que está em desenvolvimento desde setembro de 2008 e é considerado o maior da América Latina. É uma investigação multicêntrica de coorte com duração de 20 anos, realizada com 15 mil funcionários de seis instituições públicas de ensino superior e pesquisa das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do país. Este estudo visa identificar a maneira como diferentes fatores agem na predisposição para a HAS e o DM (BRASIL, 2009a).

Outro estudo é o *Atherosclerosis Risk in Communities Study* (ARIC), o qual foi realizado com um delineamento prospectivo epidemiológico e patrocinado pelo *National Heart Lung and Blood Institute*; teve início em 1987, em quatro comunidades da Carolina do Norte, Estados Unidos, e os objetivos foram investigar a etiologia da aterosclerose, suas repercussões clínicas e a variação de fatores de risco cardiovasculares, assistência médica e doença por raça, sexo, local e tempo (SHARRETT, 1992).

Já a escala de *Framingham*, utilizada também no Brasil, foi construída em 1947 a 1948 e prevê a probabilidade da ocorrência de doença coronariana, risco de IAM e angina em dez anos. A mensuração com esta escala é realizada pela presença

ou ausência de fatores como a faixa etária, sexo, valores da PAS, razão entre o colesterol total e a fração do colesterol de alta densidade, tabagismo e diagnóstico de DM. Após a avaliação, os pacientes recebem uma estratificação em três níveis, baixo, médio e alto risco para o desenvolvimento de uma complicação (LOTUFO, 2008).

A escala de *Framingham* foi o resultado do estudo “*Framingham Heart Study*”, o qual tinha como objetivo identificar fatores ou características comuns que contribuiriam para o aparecimento das doenças cardiovasculares, utilizando um delineamento até então exclusivo das doenças infecciosas, o acompanhamento por um longo período de tempo de indivíduos que ainda não haviam desenvolvido sintomas de doenças cardiovasculares nem apresentado IAM ou AVC (OPPENHEIMER, 2005; LOTUFO, 2008).

O MINICHAL (Badia, *et al.*, 2002) corresponde a uma tentativa de medir os fatores relevantes ligados à HAS e que podem influenciar na sensação de bem-estar do paciente. Tem sua versão original em espanhol, composto por 16 questões de múltipla escolha organizadas em dois fatores: Estado Mental (10 questões), Manifestações Somáticas (seis questões) e uma questão para verificar como o paciente avalia que a HAS e o seu tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida. É um questionário do tipo Likert, com quatro opções de resposta, sendo que o valor “0” corresponde a “Não, absolutamente” e “3” equivale a “Sim, muito”. As respostas fornecidas pelos pacientes devem ser baseadas nos últimos sete dias. O questionário passou por análise de confiabilidade, validação de constructo, foi traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa por Schulz *et al.*(2008).

Além desse, outro instrumento, intitulado com o nome dos autores Bulppit e Fletcher (1990), foi criado com o objetivo de ser mais sensível e preciso na avaliação da qualidade de vida de hipertensos. Ele avalia os efeitos adversos de cada medicamento, os déficits no desempenho do trabalho, os problemas com a função sexual e os efeitos deletérios da medicação sobre o humor, além de abordar aspectos de bem-estar físico, psicológico e da percepção do paciente em relação ao efeito do tratamento anti-hipertensivo sobre o estilo de vida. Esse é o primeiro questionário de qualidade de vida específico para hipertensos no Brasil; teve sua tradução, validação de conteúdo e critério realizado em 2005 por Gusmão, Mion e Pierin.

Outros instrumentos foram o SF-36, SAQ e o SSS, construídos a partir do *Medical Outcomes Study*, realizado pela *Rand Corporation* em Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos, com pacientes que apresentavam uma ou mais das DC: HAS, DM, doença coronariana ou depressão (SHERBOURNE; STEWART, 1999).

O primeiro consiste em um instrumento de avaliação da qualidade de vida genérico e multidimensional que contém 36 itens englobados em oito escalas ou componentes e apresenta um escore de zero a 100, no qual a menor pontuação corresponde a um baixo estado de saúde e a maior ao melhor estado. Os domínios são: estado geral de saúde, limitação por aspectos físicos, dor, capacidade funcional, aspectos emocionais, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental (WARE; SHERBOURNE, 1992). Foi criado, inicialmente, na língua inglesa e, posteriormente, traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa (CICONELLI *et al.*, 1999).

O SAQ é um questionário auto aplicável, composto por 19 itens e projetado para medir o estado funcional de pacientes com doença arterial coronariana. Ele possui cinco escalas para avaliar as dimensões clinicamente importantes dessa doença: limitação física, estabilidade da angina, angina de frequência, satisfação com o tratamento e percepção da doença. É um instrumento sensível a mudanças no estado clínico e de problemas relacionados com a angina, além de mudanças no estado funcional (SPERTUS *et al.*, 1995). No Brasil, o instrumento foi avaliado em 2005 por Franzen, em pacientes com cardiopatia isquêmica pela consistência interna, reprodutibilidade teste-reteste e responsividade a mudanças.

O SSS foi desenvolvido para medir a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social por meio de cinco dimensões: a Material, que se refere à provisão de recursos práticos e ajuda material; a Afetiva, que faz referência às demonstrações físicas de amor e afeto; a Interação Social Positiva, que diz respeito à presença de pessoas com quem relaxar e divertir-se; a Emocional, a qual avalia a habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação aos problemas emocionais e a dimensão da Informação, que verifica a presença de pessoas para aconselhar, informar ou orientar (SHERBOURNE; STEWART, 1999). O instrumento teve sua validação de constructo realizada por Griep *et al.*, 2005 e foi traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil em 2007, por Fachado e colaboradores.

Além desses, outros estudos e questionários foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar a adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, principalmente na atenção às DC.

O *BMQ*, por exemplo, é um questionário breve, sensível e capaz de detectar a não adesão em três domínios: barreiras à adesão quanto ao Regime, às Crenças e à Recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. O domínio “Regime” abrange as dificuldades do paciente em nomear as medicações e doses utilizadas, além do relato de falha de dias ou doses. O domínio “Crenças” diz respeito à presença ou não de medicamentos que não funcionam bem ou causam alguma reação adversa, e o último, intitulado “Recordação”, refere-se à presença de um esquema de múltiplas doses diárias e o relato de dificuldades para lembrar de tomar a medicação (SVARSTAD, *et al.*, 1999; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Foi traduzido e publicado no Brasil, por três autores, Ben, Neumann e Mengue, em 2012, por meio de um estudo com 206 pacientes hipertensos para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso. A avaliação foi realizada com o escore obtido em cada domínio e comparando-os com as prescrições recebidas e registradas nos prontuários, e/ou trazidas pelos pacientes. Este instrumento ainda não está validado para a realidade brasileira.

O questionário de Morisky e Green foi desenvolvido em 1986 e é utilizado para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso por meio de quatro questões que identificam atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). É utilizado no Brasil, porém ainda não validado para essa realidade (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

O *Cuestionario de Valoracion de Adherencia* foi desenvolvido para pessoas pós-infarto do miocárdio e validado por enfermeiras *experts*<sup>2</sup> na Colômbia, tomando como referência os indicadores e a escala semântica da Taxonomia *Nursing Outcomes Classification*. Consta de 14 itens tipo likert com cinco alternativas de resposta, na qual um é igual a “nunca” e significa o valor mais baixo, cinco é igual a “sempre” e representa o valor mais alto. A escala encontra-se disponível apenas em espanhol (VELANDIA-ARIAS; RIVERA-ÁLVAREZ, 2009).

O Questionário MBG foi desenvolvido por Martín Alfonso, Bayarre Veá e Grau Ábalo (2008) na Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba. É auto-aplicável,

---

<sup>2</sup> *Experts* e especialistas nesta pesquisa são utilizados como sinônimos.

possui 12 itens em forma de afirmações com cinco opções de respostas: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca. Por meio das respostas podem-se determinar três níveis de adesão: total, parcial e não adesão (MARTÍN ALFONSO; BAYARRE VEA; GRAU ÁBALO, 2008).

Este questionário foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português com pessoas em tratamento anti-hipertensivo e anti-diabético, por meio de um processo formal de adaptação transcultural, com o objetivo de ser utilizado na pesquisa de avaliação do Programa Remédio em Casa, da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (MATTA, 2010).

O teste de *Haynes-Sackett* mede a adesão à medicação nos últimos 30 dias. Neste, o paciente faz um autorrelato da ingesta dos medicamentos por meio de uma pergunta aberta (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

A *Escala de Conductas en Salud* permite avaliar tanto o tratamento medicamentoso quanto o não medicamentoso. É composta de quatro subescalas que questionam sobre a dieta, atividades físicas, tomada de medicamentos e se o paciente consegue controlar situações de estresse em cada um dos contextos em que se desenvolve a vida diária (em casa, na recreação e nas atividades sociais) (MENDOZA-PARRA; MERINO; BARRIGA, 2009).

Na forma original, a escala tem formato Likert de cinco alternativas de respostas que permite alcançar um máximo de 100 pontos e conta com uma quinta subescala que indaga sobre o hábito de fumar e se estende ao âmbito laboral, é validado apenas em Espanhol (MENDOZA-PARRA; MERINO; BARRIGA, 2009).

A *Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale*, conhecida como *Hill-Bone compliance scale*, é composta de 14 itens em três subescalas, em que cada um desses itens possui quatro pontos em tipo Likert. Foi desenvolvida e validada pela Escola de Enfermagem da Universidade de John Hopkins, Baltmore, nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar os comportamentos dos pacientes em três domínios do tratamento de hipertensão: redução de sódio, comparecimento às consultas e ingesta da medicação. Ainda não foi adaptada e validada no Brasil (KIM, *et al.*, 2000).

Os instrumentos citados fornecem diretrizes para os profissionais de saúde no cuidado às DC, complicações destas e também em outras doenças, porém não propõem ações para o gerenciamento do cuidado, exceto a Escala de *Framingham*,

que direciona a marcação de consultas médicas e de enfermagem periódicas, conforme a classificação de risco dos pacientes.

## 2.2 ESCALA COM FATORES PREDITIVOS PARA O APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO E AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO

A escala “Ulbrich e Mantovani” validada nessa pesquisa foi desenvolvida no município de Curitiba, Paraná por Ulbrich (2015), é composta por duas partes, a primeira possui variáveis preditoras como idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicamentos em uso e depressão (FIGURA 1). Para preenchimento da mesma, a autora considera todos os medicamentos utilizados, não somente aqueles para HAS e, em relação ao fator depressão, este é considerado quando o paciente tem o diagnóstico médico e faz tratamento medicamentoso.

Conforme a escala, pessoas com mais de 55 anos, do sexo masculino, tabagista ou ex-tabagista, com tempo de diagnóstico maior de 10 anos, classificação de risco moderada, alta, ou muito alta, utilizando mais de quatro medicamentos e com depressão grave, recebem uma pontuação.

A pontuação até 50 indica baixo risco de desenvolver uma complicação, com a probabilidade menor do que 25%, de 51 a 67 pontos tem-se moderado risco e probabilidade de 25% a 49,9%, de 68 a 82 pontos na escala o risco para desenvolver complicação é alto e a probabilidade é de 50% a 74,9%, e mais do que 82 pontos o risco é muito alto e a probabilidade é de 75% ou mais.

Com base na classificação de risco, os pacientes devem receber cuidados, os quais são recomendados pela segunda parte da escala que é uma proposta para o gerenciamento de cuidados. Para o baixo risco são recomendadas consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde no mínimo duas vezes ao ano e reclassificação após doze meses.

Para o moderado risco também são propostas consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano, no mínimo três visitas domiciliares e/ou

contato telefônico ao ano, pactuação de metas, atividades de educação em saúde no mínimo duas vezes ao ano e reclassificação após doze meses. No alto risco as consultas médicas e de enfermagem são recomendadas a cada três meses, visitas domiciliares como apoio, pactuação de metas, educação em saúde no mínimo quatro vezes ao ano e reclassificação após doze meses.

E no muito alto risco são recomendadas consultas médicas e de enfermagem intercaladas e com equipe multidisciplinar a cada mês, visitas domiciliares como apoio e atividades de educação em saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano, pactuação de metas e reclassificação após doze meses. A autora faz uma observação de que as ações de cuidado propostas são cumulativas e que a realização de no mínimo três é recomendada.

Esta escala foi construída tendo por base a coleta de dados com 387 adultos hipertensos, na qual foi aplicado um instrumento com variáveis sócio-demográficas, clínicas e cinco escalas traduzidas para a língua portuguesa, a Escala de apoio social (Sherbourne; Stewart, 1999; Fachado *et al.*, 2007), o Inventário de depressão de Beck (Beck *et al.*, 1988), o Inventário de ansiedade de Beck (Beck *et al.*, 1988), o Questionário de qualidade de vida SF-36 (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli *et al.*, 1999) e o BMQ (SVARSTAD, *et al.*, 1999).

Para a elaboração da primeira parte da escala, após a coleta de dados foi realizada a avaliação conjunta de fatores associados à presença de complicações por meio de uma análise multivariada, que posteriormente foi ajustado um modelo de regressão logística. Após o ajuste, a significância das variáveis foi avaliada considerando-se o teste de Wald. Como medida de associação, foram estimados os valores de *odds ratio* com intervalos de 95% de confiança. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Para a construção da escala foram considerados os valores do *odds ratio* das variáveis incluídas no modelo multivariado ajustado.

E a segunda parte, as ações de gerenciamento do cuidado, foram elaboradas a partir das orientações nos manuais: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC;SBH;SBN, 2010), Linha de cuidados, Hipertensão e Diabetes (OPAS, 2010) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011).

Variáveis preditoras	Classificação	Pontuação
<b>Idade (anos)</b>	Até 55	0
	Mais de 55	10
<b>Sexo</b>	Fem	0
	Masc	12
<b>Tabagismo</b>	Não	0
	Sim/ex	11
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>	Até 10	0
	Mais de 10	13
<b>Classificação de risco US*</b>	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
<b>Número de medicamentos em uso**</b>	Até 4	0
	Mais de 4	22
<b>Depressão***</b>	Sem/não grave	0
	Grave	14

\*Quando não tiver classificação de risco na US considera-se o risco cardiovascular de Framingham

\*\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*\*Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
<b>Até 50</b>	Baixo	Menor do que 25%
<b>51 a 67</b>	Moderado	25% a 49,9%
<b>68 a 82</b>	Alto	50% a 74,9%
<b>Mais de 82</b>	Muito alto	75% ou mais

<b>Proposta de Ações para Gerenciamento de Cuidados</b>	
<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês e com equipe multidisciplinar**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio quando necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas \*As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente; \* \*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

FIGURA 1- ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI

FONTE: ULBRICH (2015)

## 2.3 TÉCNICA DELPHI DE VALIDAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS

O levantamento da bibliografia para construção deste tópico foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCieLO) com os descritores ‘estudos de validação’ and ‘enfermagem’; na *U.S.National Library of Medicine National Institute of Health* (PubMed) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) utilizando os termos ‘*validation studies*’ and ‘*nursing*’ and ‘*nursing methology research*’. Também foi realizada a busca manual de outros artigos para compor este subcapítulo.

A técnica Delphi<sup>3</sup> é entendida como método sistematizado de julgamento de informações, destinada ao alcance do consenso de opiniões entre os especialistas sobre um determinado assunto, por meio de validações articuladas em rodadas de questionários, favorecidas pelo anonimato. Seu uso é determinado quando há carência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar ou para o estímulo de criação de novas ideias (SCARPARO *et al.*, 2012).

Em sua forma original, foi concebida como um método utilizado na obtenção do consenso confiável pela opinião de um grupo de especialistas a uma série de questionários com *feedback* controlado (HASSON; KEENEY, 2011). Os especialistas são previamente escolhidos de acordo com o envolvimento de cada um no tema em questão, o qual pode ser mensurado pelo tempo de atuação na área, número de trabalhos desenvolvidos, elaboração de pesquisas direcionadas para o tema, participação em setores relacionados ao assunto ou, ainda, pelo conjunto dessas características (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

O método teve origem na pesquisa para a defesa militar, foi desenvolvido na empresa *Rand Corporation*, Santa Mônica na Califórnia, Estados Unidos, em 1950, por Norman Dalkey e Olaf Helmer, recebendo esse nome por inspiração do Oráculo grego Delfos, um lugar considerado sagrado na Grécia antiga, onde se faziam predições para o futuro. É uma técnica de previsão, projetada para conhecer de forma antecipada a probabilidade da ocorrência de eventos futuros (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

---

<sup>3</sup> Técnica Delphi e Método Delphi nesta pesquisa são utilizados como sinônimos e se referem ao processo de validação adotado.

Tem como objetivo solucionar problemas complexos; é baseado no uso do conhecimento estruturado, da experiência e criatividade dos especialistas, pressupondo-se que o julgamento coletivo, quando bem organizado, é melhor que a opinião de uma só pessoa, ou seja, é baseada na lógica de que “duas ou mais cabeças pensam melhor que uma” (DALKEY, 1972).

Envolve a aplicação de questionários a um grupo de especialistas por meio de rodadas, com o objetivo de alcançar o consenso sobre o objeto de estudo. No intervalo de cada rodada são feitas análises estatísticas das respostas e os resultados são compilados em novos questionários, os quais são novamente distribuídos ao grupo (KAYO; SECURATO, 1997). Dalkey e Helmer (1963) relatam que o objetivo principal da técnica é tentar obter o mais confiável consenso entre os especialistas, embora isso nem sempre seja possível.

Ela tem sido utilizada de forma ampla nas investigações de ciências sociais e empregada nas pesquisas em enfermagem, as quais podem contribuir para a ampliação do conhecimento dessa ciência (DELBEC; VAN DE VEN; GUSTAFSON, 1975).

Delbecq, Van de Ven e Gustafson (1975) indicam que esta técnica pode ser utilizada para a realização de alguns objetivos, como explorar ou expor pressupostos e informações que levem a julgamentos diferentes; buscar informações que podem gerar um consenso sobre a parte do grupo entrevistado e correlacionar julgamentos informados sobre um tema que abrange ampla gama de disciplinas.

A Técnica Delphi possui seis características principais que a difere de outros processos de decisão: o anonimato, interação com *feedback* controlado, flexibilidade, uso de especialistas, consenso e interatividade (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

O objetivo do anonimato é evitar o domínio psicológico por parte dos especialistas, seja por razões de personalidade ou de respeito à autoridade, de forma a permitir que todos participem igualmente e ofereçam suas contribuições (KAYO; SECURATO, 1997). Essa característica implica em os respondentes não saberem quem são os participantes da pesquisa ou, caso saibam, não haja a possibilidade de comunicação entre eles (PEREZ; SCHÜLER, 1982).

O *feedback* consiste em um resumo bem organizado de cada interação anterior que permite aos participantes a oportunidade de gerar *insights* adicionais e promover o esclarecimento de informações desenvolvidas nas etapas anteriores (HSU; SANDFORD, 2007). O *feedback* é chamado “controlado” pelo fato dos

respondentes receberem o resumo das discussões em cada rodada realizada; ele tem a função de reduzir os ruídos e evitar desvios na trajetória do estudo, pois o grupo passa a fixar-se nas metas propostas e tendo a possibilidade de visualizar a resposta de outros participantes, cada especialista pode rever a sua posição (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008; CARVALHO, 2011).

Outra característica importante é a flexibilidade, pois permite que os especialistas não restrinjam datas e localização geográfica para responder os questionários, visto que estes ficam à disposição todo tempo por meio da *internet* (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

A participação de especialistas permite a interatividade, foge de uma organização hierárquica e possibilita a troca de saberes e opiniões diversificadas que dependem da área de atuação do respondente. A interação e consenso ocorrem por meio das rodadas de questionários, o que permite aos participantes revisarem suas decisões (LINSTONE; TUROFF, 1975; OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

Além dessas características, a técnica permite considerável flexibilidade em sua aplicação, por isso, quando aplicada em determinados estudos e pesquisas, passa por algumas modificações, principalmente naqueles em que a variável tempo necessita ser controlada (SILVA; TANAKA, 1999).

A Técnica Delphi pode apresentar algumas variações, dentre as quais:

O **Delphi Clássico**, que consiste na seleção dos especialistas de acordo com o objetivo da pesquisa e envolve três ou mais rodadas com *feedback* e consenso; sua administração ocorre via correio postal e a primeira rodada ocorre de forma qualitativa, em que os respondentes gravam suas respostas (DALKEY; HELMER, 1963).

No **método convencional/ exercício Delphi ou Delphi “papel-e- caneta”** não se estabelecem prazos, ou seja, o questionário é enviado ao especialista e o pesquisador aguarda o retorno, o que acarreta em demora e na inconveniência dos custos. Neste tipo de Delphi, os participantes tem pelo menos uma chance de reavaliarem suas respostas (LISTONE; TUROFF, 1975).

O **Delphi em tempo real** é assim nominado, pois se utiliza de computadores interligados em rede, facilitando o processamento de informações que é síncrono, além disso, tem a vantagem do tempo, que é reduzido nesse tipo de aplicação. Neste caso, a maior dificuldade é exatamente a reunião de especialistas ao mesmo tempo,

ainda que atualmente haja maior facilidade de acesso à rede (LISTONE; TUROFF, 1975).

Outra variação é o **Delphi Online**, o qual é realizado pela *Internet* de forma assíncrona e conserva as mesmas características de uma pesquisa Delphi tradicional, em que o anonimato, *feedback* e a representação estatística são mantidos. Os resultados são divulgados de forma *online* para que possam ser considerados pelo grupo no preenchimento da segunda rodada. Essa variação do método substitui a utilização dos correios para envio dos questionários e materiais informativos, o que reduz os custos e o tempo para a realização da pesquisa (GIOVINAZZO, 2001).

Outra vantagem desse tipo de técnica é que ela permite a criação de páginas *web* interativas e acessíveis, que possibilitam a facilidade e comodidade no preenchimento do instrumento, visto que este pode ser realizado a qualquer momento e em qualquer lugar, por ficar disponível durante o dia todo, e há a garantia de permanência das respostas em um repositório digital controlado (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

O **Delphi modificado** propõe um limite no número de rodadas de execução, a qual varia de duas a quatro, na busca de consenso. Assim, a concordância representa o nível alcançado na última rodada, determinada, geralmente, num ponto de corte previamente definido pelo pesquisador. A administração desse tipo de Delphi pode ser *online* (MCKENNA, 1994; SILVA; TANAKA, 1999).

Apesar de a literatura estar concentrada na busca do consenso, há também situações em que o oposto, ou seja, discordância/dissenso podem ser considerados como de maior relevância que o consenso. No início dos anos 1970, um novo tipo de método Delphi surgiu, chamado "**Política Delphi**", o qual não difere significativamente do processo clássico, no entanto tem um objetivo diferente, que é correlacionar pontos de vista e informações relativas a uma área específica, de forma a permitir que os entrevistados representem suas opiniões e informações para oferecer uma oportunidade de avaliar diferentes pontos de vista (TUROFF, 1970).

Em relação ao número de rodadas da Técnica Delphi, não há unanimidade, elas podem ser sucessivas até que ocorra o consenso, no entanto Brooks (1979), Ludwig (1997), e Custer, Scarcella, e Stewart (1999) apontam que três interações são, na maioria das vezes, suficientes para coletar as informações necessárias e chegar a um consenso.

Entretanto, o Delphi clássico original se utiliza de quatro rodadas, etapa essa que foi sendo modificada para atender objetivos individuais de investigações, dessa forma, em alguns casos, observa-se a utilização da técnica com duas ou três rodadas (PROCTOR; HUNT, 1994).

Kayo e Securato (1997), afirmam que a maioria das pesquisas utilizam-se de quatro rodadas, todavia nada impede que se faça com um número menor, desde que os objetivos da pesquisa sejam atingidos. Por outro lado, um número maior de rodadas não é aconselhável, em virtude das restrições do tempo e pelo fato de não existirem mudanças de opiniões significativas nas rodadas posteriores. Wright e Giovinazzo (2000) afirmam que devem ser sucedidas até haver um nível satisfatório de convergência, porém, no mínimo, duas são necessárias para que o processo seja caracterizado como Delphi.

No que diz respeito à seleção de *experts*, não há algo definido na literatura, porém, são consideradas elegíveis pessoas que estudam e têm experiência sobre um assunto. Essa etapa é considerada crucial, pois se relaciona diretamente com a qualidade dos resultados gerados (HSU; SANDFORD, 2007).

Como característica do método, busca-se maior diversidade possível de respondentes para tratar do tema em questão, então é indicado buscar participantes em entidades de classe, universidades, associações, indústrias, institutos de pesquisa e mesmo na sociedade, porém deve-se lembrar de que, apesar da diversidade permitir uma visão abrangente do tema, a qualidade das respostas depende diretamente do domínio do respondente sobre o tema (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Uma forma que também pode ser utilizada para a seleção de *experts*, é solicitar aos que já foram incluídos na pesquisa a indicação de outros nomes elegíveis, entretanto, para que esse tipo de seleção ocorra de maneira adequada, os critérios devem ser claramente definidos. Características como a área de atuação, anos de experiência, número de publicações e participação em congressos podem ser boas referências (CARVALHO, 2011).

O número de respondentes a ser contatado também deve ser avaliado com cuidado, pois a literatura aponta abstenção entre 30% e 50% na primeira rodada do questionário e entre 20% a 30% na segunda rodada. Caso o número de respondentes contatado e selecionado seja pequeno, a qualidade das respostas pode ficar comprometida (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

O tamanho da amostra para o processo Delphi é variável. Delbecq, Van de Ven e Gustafson (1975) sugerem que dez a quinze *experts* podem ser suficientes se o assunto é homogêneo, no entanto, se vários temas estão envolvidos, mais participantes serão necessários. Ludwig (1997) discorre que a maioria dos estudos Delphi utiliza entre 15 e 20 respondentes.

Westmoreland *et al.*, (2000) afirmam que o número de *experts* depende da acessibilidade e disponibilidade dos mesmos, Rubio, Berg-Weger e Lee (2003) recomendam de seis a vinte *experts*, Pasquali (1998) e Bertocello (2004) indicam que o número de especialistas deve ser seis.

Sandin Bojo *et al.*, (2004) afirmam que, quanto maior o número de *experts*, maior a probabilidade de discordância, mas caso o painel de *experts* seja reduzido, ou seja, inferior a três, há a necessidade de que o índice de concordância entre eles seja total (100%).

O desenvolvimento de uma pesquisa Delphi requer planejamento e gestão, pois demanda a construção de um instrumento, distribuição de questionários e *feedback* em tempo hábil (HSU; SANDFORD, 2007). Nesse sentido, o uso de tecnologias eletrônicas como o *e-mail* ou teleconferência podem facilitar a aplicação da técnica, pois a coleta de dados *online* permite que os pesquisadores tenham acesso rápido às respostas e, conseqüentemente, a análise e o *feedback* para os *experts* será mais ágil, além do que, ao reduzir o tempo entre as rodadas, evita-se a desmotivação e a dispersão dos participantes (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008).

No que diz respeito à gestão de tempo entre as rodadas, alguns autores observam que ao menos duas semanas são incentivadas e recomenda-se que a conclusão da coleta de dados em um estudo Delphi seja, no mínimo, com 45 dias (LUDWIG, 1994).

Para a análise de dados, regras devem ser estabelecidas a fim de considerar ou não os julgamentos fornecidos pelo painel de *experts*. Basicamente, o consenso sobre uma questão pode ser decidido de acordo com uma porcentagem de respostas, Green (1982), sugere que pelo menos 70% do painel precisa estar em consenso e a mediana tem que ser igual a 3.25 ou superior, já Ulschak (1983) recomenda que o consenso seja alcançado quando se obtém 80% dos votos.

As principais estatísticas utilizadas em estudos Delphi são medidas de tendência central (médias, mediana e moda) e nível de dispersão (desvio padrão e

amplitude inter-quartil) de forma a apresentar informações relativas às decisões coletivas dos entrevistados (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000).

A operacionalização da técnica Delphi (FIGURA 2) ocorre pelas sucessivas rodadas de questionários aplicados a um grupo de especialistas no assunto em questão. Na primeira rodada de opiniões o questionário é enviado ao painel de especialistas e, a partir de seu retorno, as respostas são contabilizadas e analisadas. As questões que obtiverem o consenso estipulado previamente pelo pesquisador são extraídas, o questionário é revisado e enviado novamente ao grupo com informações dos resultados atingidos na primeira rodada (*feedback*) (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Na segunda rodada, os especialistas reavaliam suas respostas frente à previsão estatística de cada resposta do grupo e justificativas dadas pelos outros participantes, sendo possível modificar ou não a resposta, permitindo a redução da divergência, de modo a alcançar a previsão do grupo. As demais rodadas são sucessivas e seguem o mesmo delineamento (SCARPARO *et al.*, 2012).

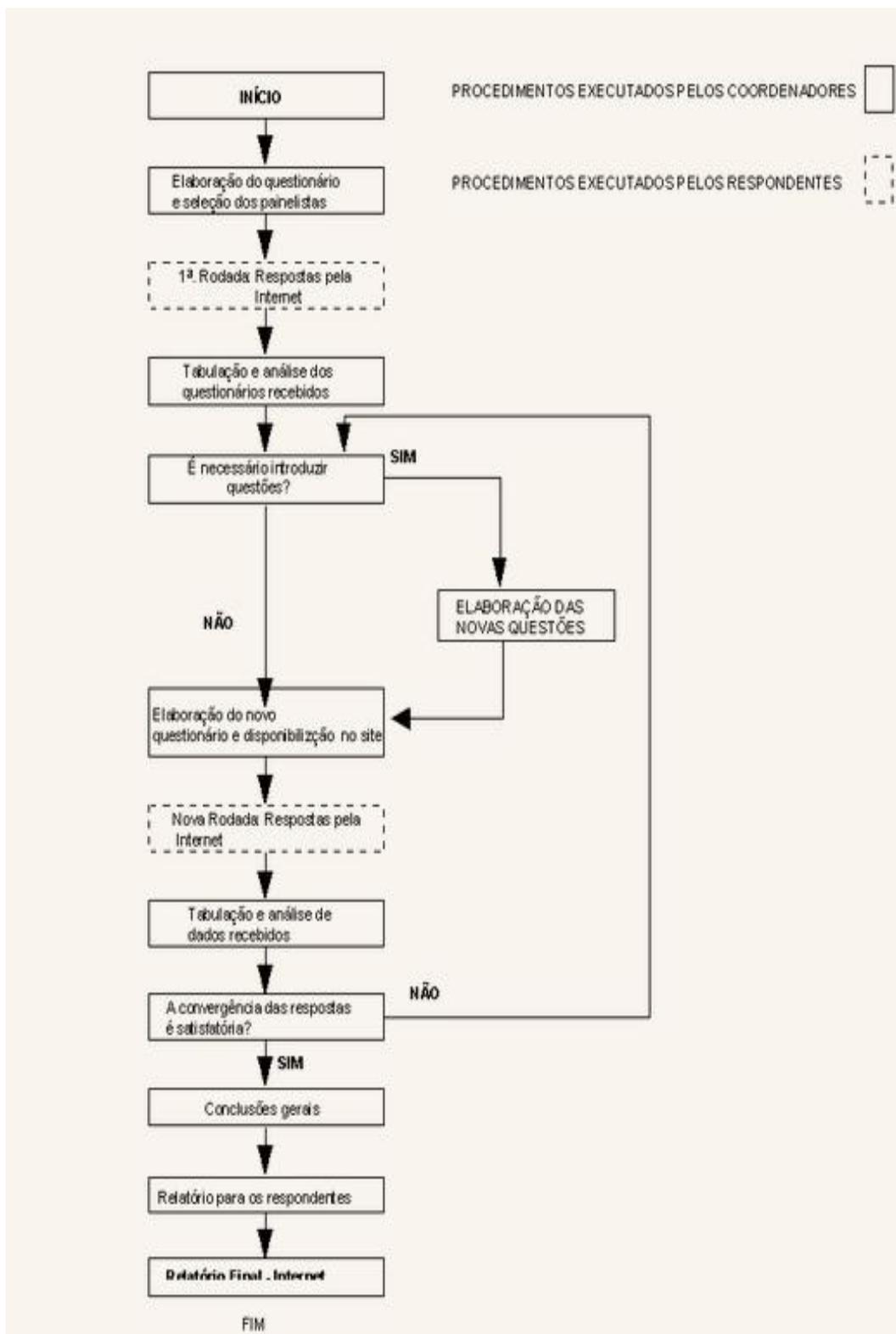


FIGURA 2- SEQUÊNCIA DE EXECUÇÃO DE UMA TÉCNICA DELPHI  
 FONTE: GIOVANIZZO (2001)

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica de natureza quantitativa, que segundo Polit, Beck e Hungler (2011), refere-se à investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados utilizada para a elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa.

Ela fornece caminhos, formas, elementos e procedimentos para atingir determinado fim. A sugestão e estabelecimento de critérios são sua principal contribuição para estudos posteriores por meio da criação de fluxogramas, lista de passos ou considerações que devem ser respeitadas (TOBAR; YALOUR, 2001). A pesquisa metodológica vai ao encontro da proposta dessa pesquisa, uma vez que se pretende validar um instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações da HAS com uma proposta de ações para o gerenciamento do cuidado.

A validação refere-se ao grau em que o instrumento mede aquilo que se propõe, é um critério importante para avaliar a qualidade do mesmo. A validade não é provada ou estabelecida e sim, apoiada por um grau maior ou menor de evidências (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Nesta pesquisa foi realizada a validade de conteúdo, a qual está relacionada com a adequação da amostragem da área do conteúdo a ser medida e serve para avaliar o quão representativos são os itens do instrumento dentro do universo de todos aqueles que poderiam ser elaborados sobre tal assunto ou tema. Sua avaliação não está baseada em métodos objetivos que garantam uma cobertura adequada de um instrumento, mas sim em critérios empregados pelo especialista (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Um subtipo da validação de conteúdo é a validade de rosto ou aparente, a qual verifica de forma subjetiva, por meio da opinião de especialistas, a legibilidade, a aplicabilidade e a clareza do instrumento (LO BIONDO – WOOD; HABER, 2001).

Como técnica de validação nesta pesquisa, foi utilizada a Técnica Delphi do tipo *Online* Modificada, pois ocorreu via *internet* e foi previamente estabelecida à ocorrência de no máximo três rodadas e uma reunião de consenso.

### 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros *experts* da prática assistencial, especialistas, doutores e mestres em enfermagem que residiam no país.

A amostra foi estabelecida de forma intencional e para a seleção foi realizada a busca simples pelo “Assunto (título ou palavra chave da produção)” no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com a palavra chave: “hipertensão arterial sistêmica”. A primeira busca foi realizada para os mestres, dessa forma selecionou-se o item: “Demais pesquisadores”, na nacionalidade “Brasileira” (FIGURA 3).

The image shows the search interface of the CNPq Currículo Lattes system. At the top, there are logos for CNPq and Currículo Lattes, along with language selection icons. The main heading is "Buscar Currículo Lattes (Busca Simples)" with a "Busca Avançada" link. Below this, the search criteria are defined: "Buscar por:" with options for "Nome" and "Assunto (Título ou palavra chave da produção)", where the latter is selected. The search term "hipertensão arterial sistêmica" is entered in the text box. There are three filter sections: "Nas bases" with "Demais pesquisadores (Mestres, Graduados, Estudantes, Técnicos, etc.)" selected; "Nacionalidade:" with "Brasileira" selected; and "País de nacionalidade:" set to "Todos". A "Tipo de filtro" section contains two tabs: "Filtros" and "Preferências". Under "Filtros", several checkboxes are visible, with "Formação Acadêmica/Titulação" and "Atuação profissional" checked. Other unchecked filters include "Bolsistas de Produtividade do CNPq", "Outros Bolsistas do CNPq", "Nível do Curso de Pós-graduação onde é Docente", "Atividade de Orientação", "Idioma", "Áreas ou Setores da Produção em C&T", "Abividade Profissional (Instituição)", and "Presença no Diretório de Grupos de pesquisa". A "Buscar" button is located at the bottom right of the filter section.

FIGURA 3- BUSCA DE ESPECIALISTAS MESTRES

FONTE: PLATAFORMA DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (2015)

Em seguida foram aplicados os filtros para “Formação Acadêmica”: Mestrado, “País”: Brasil; “Região”: Todas e “Unidade de Federação”: Todas (FIGURA 4).

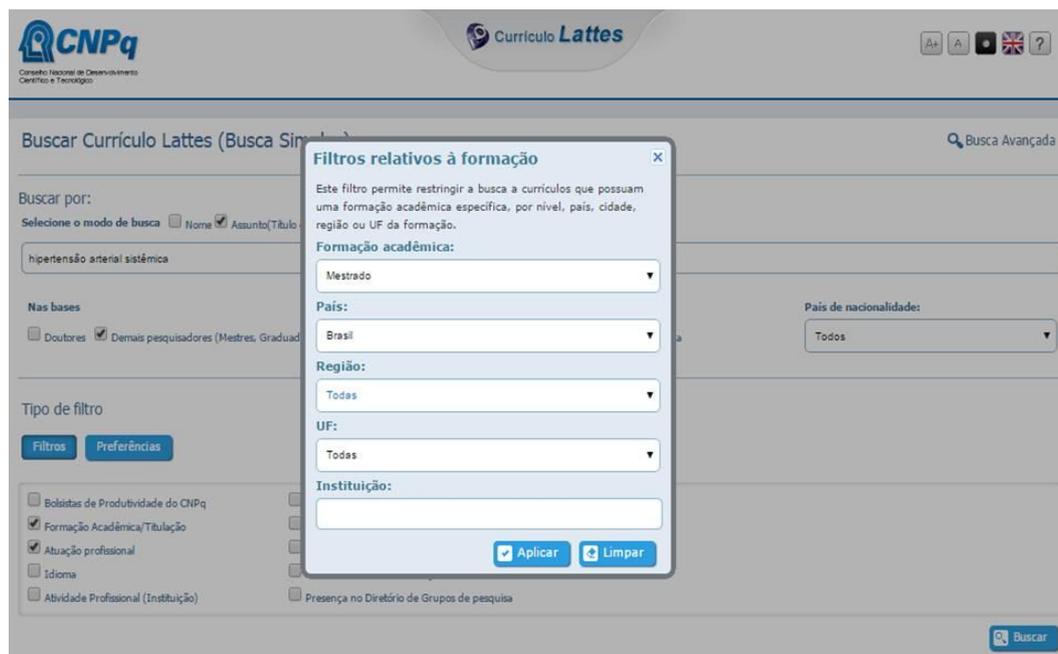


FIGURA 4- APLICAÇÃO DE FILTROS RELATIVOS À FORMAÇÃO ACADÊMICA PARA A BUSCA DE ESPECIALISTAS MESTRES  
 FONTE: PLATAFORMA DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (2015)

Para a “Atuação Profissional” os filtros foram, Grande área: “Ciências da Saúde”; Área: “Enfermagem”; Subárea: “Todas” e Especialidades: “Todas” (FIGURA 5).

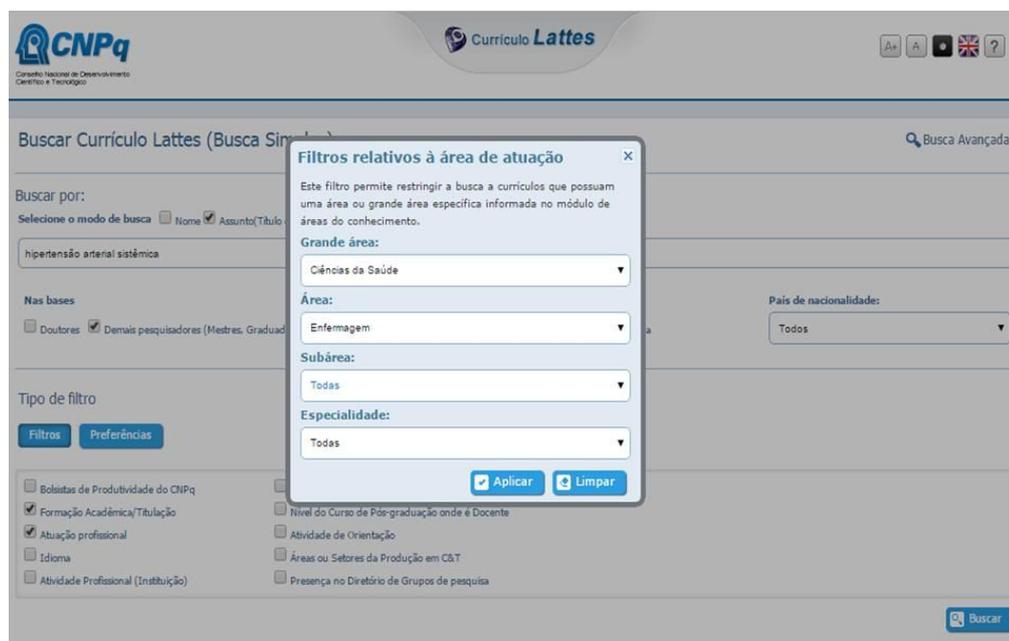


FIGURA 5- APLICAÇÃO DE FILTROS RELATIVOS À ÁREA DE ATUAÇÃO PARA A BUSCA DE ESPECIALISTAS MESTRES  
 FONTE: PLATAFORMA DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (2015)

E nas “Preferências” indicou-se a seleção de currículos atualizados nos últimos 12 meses (de 21 de novembro de 2013 a 21 de novembro de 2014) (FIGURA 6). Dessa forma, encontraram-se 560 mestres. Na segunda busca, as bases selecionadas foram “Doutores” e o filtro “Formação Acadêmica” foi alterado para “Doutorado”, os demais se mantiveram iguais e foram encontrados 377 doutores.

FIGURA 6 - SELEÇÃO DE PREFERÊNCIAS NA BUSCA POR ESPECIALISTAS MESTRES  
 FONTE: PLATAFORMA DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (2015)

Posterior à seleção dos *experts*, foi realizada a leitura do resumo de todos os currículos encontrados para verificar se o mestre ou doutor atuava com a temática, verificou-se também a existência de projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento relacionado à HAS e publicações de artigos nesta área nos últimos cinco anos; foram incluídos aqueles que possuíam pelo menos dois desses itens.

A partir dessa análise foram selecionados 46 mestres e 41 doutores para os quais foram enviados convites em novembro de 2014 (APÊNDICE 1), solicitando a participação no processo de validação que começaria em fevereiro de 2015. Após o envio do convite, 25 doutores e 24 mestres expressaram a concordância em participar da pesquisa.

Além da seleção dos especialistas na plataforma do CNPq, foram empregados, durante a coleta de dados, os critérios de inclusão adaptados do Modelo de Fehring (1994), os quais foram respondidos pelos próprios especialistas. Desse modo, foi considerado incluso o especialista que obtivesse pontuação  $\geq 6$

conforme o Quadro 1 e o critério de exclusão foi: pesquisador que não atingisse a pontuação maior ou igual a seis nos critérios de inclusão.

<b>Crítérios</b>	<b>Pontuação</b>
Doutor em enfermagem*	5
Mestre em Enfermagem*	4
Ser enfermeiro da Unidade Básica de Saúde	3
Ser especialista na área de Enfermagem Clínica	2
Trabalha com Doenças Crônicas e/ou Hipertensão	2
<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Mestre: 11 Doutor: 12</b>

\* Para os critérios Mestre e doutor, considera-se somente a pontuação do maior título  
 QUADRO 1- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ESPECIALISTAS, BASEADO NOS CRITÉRIOS DO SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE ESPECIALISTAS DE FEHRING (1994)  
 FONTE: O autor (2014)

Na primeira rodada participaram 33 especialistas, destes um foi excluído, pois possuía somente o título de doutor e dessa forma obteve pontuação cinco, menor que o estabelecido nesta pesquisa conforme os critérios de inclusão baseados em Fehring (1994), totalizando uma amostra de 32 participantes. Destes, 12 *experts* (37,49%) somaram sete pontos, sete (21,88%) atingiram o limite mínimo de seis pontos, dois mestres (6,25%) e um doutor (3,13%) obtiveram a pontuação máxima, atenderam todos os critérios, somando 11 e 12 pontos respectivamente conforme mostra a FIGURA 7.

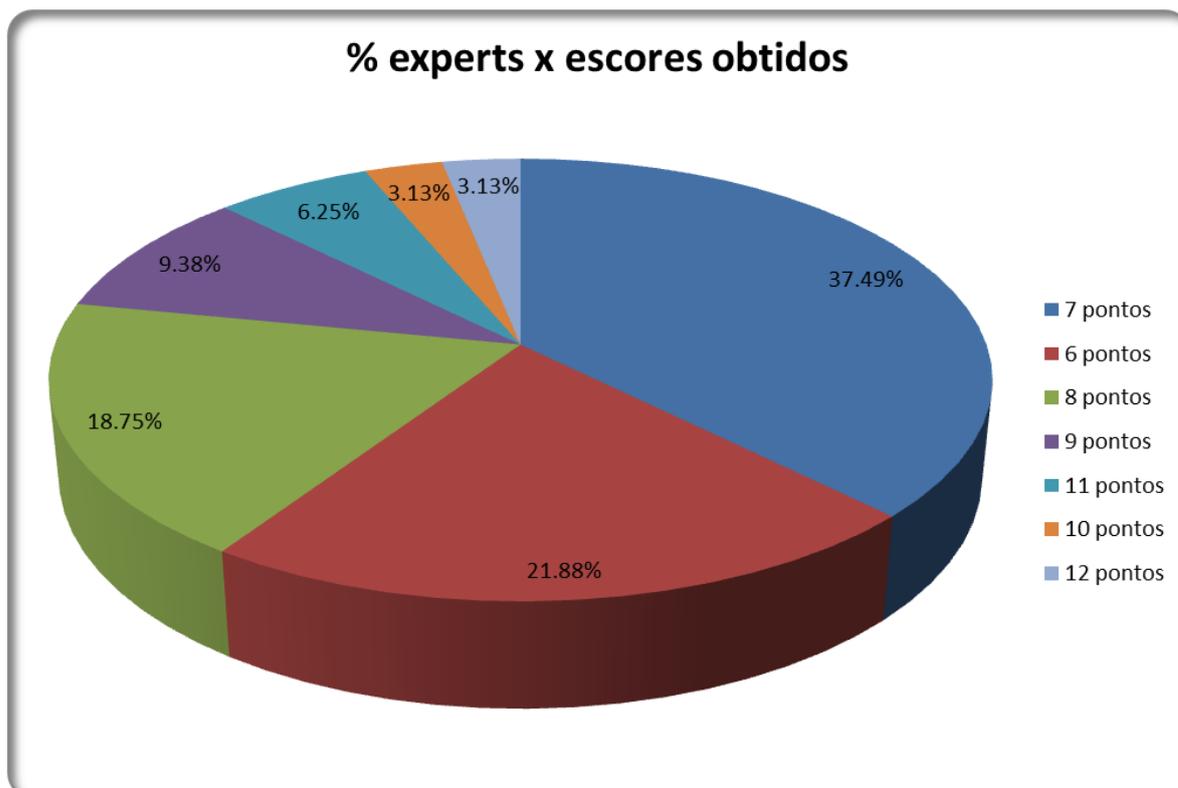


FIGURA 7– NÚMERO DE *EXPERTS* E ESCORES OBTIDOS NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO BASEADOS EM FEHRING (1994)  
 FONTE: O autor (2015)

Na segunda rodada, responderam ao questionário 26 *experts* e os critérios de Fehring não foram aplicados, pois só fizeram parte desta etapa aqueles incluídos na primeira. Para a reunião de consenso participaram via *Skype*<sup>®</sup> quatro doutores e duas enfermeiras assistenciais.

### 3.3 COLETA DE DADOS

A operacionalização da técnica Delphi nesta pesquisa ocorreu em duas rodadas via *e-mail*, pelo sistema *Google Docs*<sup>®</sup> com início em fevereiro de 2015 e uma reunião final de consenso via *Skype*<sup>®</sup> em julho de 2015 (FIGURA 8).

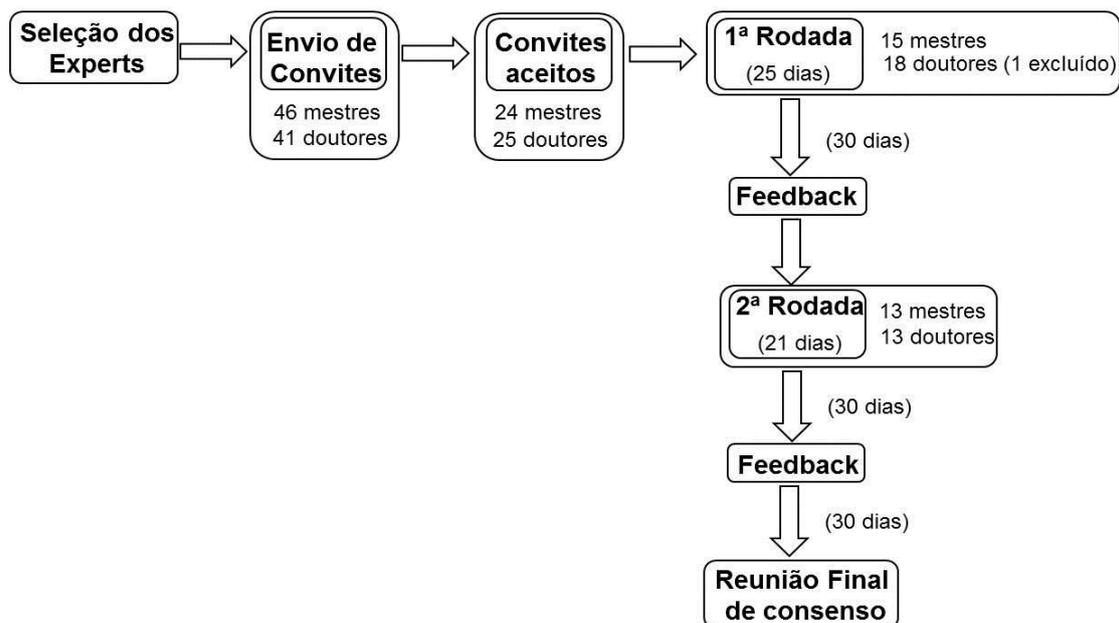


FIGURA 8 - FLUXOGRAMA PARA A SELEÇÃO DE EXPERTS  
 FONTE: O autor (2015)

Na primeira rodada de opiniões foi encaminhado aos especialistas um *e-mail* informando sobre o início do processo de validação, o *link* do *Google Docs*<sup>®</sup> (APÊNDICE 2) com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3) e o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 4), bem como um documento com informações do projeto, o método/técnica empregados, informações para a participação na reunião de consenso e instruções para validação do instrumento (APÊNDICE 5); esta fase teve duração de 25 dias.

As respostas recebidas foram contabilizadas e analisadas estatisticamente. As sugestões fornecidas pelos especialistas foram compiladas e para cada uma foi realizado um parecer sobre o consentimento ou não, as explicações sobre quais itens passaram por adequações e justificativas para quando não fossem acatadas, esse processo gerou o documento com o *feedback*.

Na segunda rodada foi enviado aos especialistas um *e-mail* (APÊNDICE 6) com informações sobre a continuação do processo de validação, o *link* do *Google Docs*<sup>®</sup>, com o questionário reformulado (APÊNDICE 7), o documento com o *feedback* da primeira rodada (APÊNDICE 8) e o anexo com as informações do projeto, o método/técnica empregados, informações para a participação na reunião de consenso e instruções para validação do instrumento (APÊNDICE 5).

Esta fase teve duração de 21 dias e foi realizada para que os especialistas pudessem comparar as duas versões da escala, a análise estatística de cada item e

as sugestões fornecidas pelos outros participantes, de modo a avaliar se a nova versão do instrumento ficou adequada.

Após o retorno das respostas ao pesquisador, estas foram analisadas e elaborou-se o documento com o *feedback* (APÊNDICE 9) das sugestões fornecidas pelos especialistas e com os resultados atingidos na segunda rodada. Também foi enviado aos *experts* um lembrete para a reunião de consenso, a qual ocorreu um mês após o envio do *feedback* da segunda rodada com o intuito de fazer o fechamento do processo de validação.

O instrumento para a validação pelos especialistas foi composto de duas partes: a primeira foi para a caracterização dos participantes, contendo variáveis sócio-demográficas, profissionais e acadêmicas, além do quadro composto pelos critérios de inclusão baseados no modelo de Fehring.

A segunda foi a de avaliação geral dos itens do instrumento e da proposta de ações para o gerenciamento de cuidado, em que o especialista avaliou a aparência do instrumento, aplicabilidade, o conceito, a linguagem e se o conteúdo estava adequado ao que o instrumento se propõe a medir. Para fazer essas avaliações, foi utilizada uma escala categórica ordinal de quatro pontos, que variou de Não adequado a Muitíssimo adequado, conforme o Quadro 2, e para a análise dos dados as pontuações um e dois foram agrupadas em Não adequada, a três e quatro em Adequada.

PONTUAÇÃO	CRITÉRIO
1	Não Adequado
2	Pouco adequado
3	Consideravelmente adequado
4	Muitíssimo adequado

QUADRO 2- PONTUAÇÕES E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA

FONTE: O autor (2014)

O questionário aplicado na segunda rodada de validação foi à mesma parte do instrumento utilizado na primeira etapa para avaliação geral dos itens, com acréscimo da nova versão da escala de predição, de explicações sobre o nível de concordância da rodada anterior e quais modificações foram realizadas em cada item. Para esta etapa houve a exclusão da questão número 10 sobre o tempo de diagnóstico, pois esta obteve 100% de concordância na primeira fase e não teve sugestões.

Os dados de caracterização dos *experts* que participaram da segunda rodada foram compilados dos resultados da primeira, visto que todos os participantes da segunda rodada estavam presentes na primeira.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, máximos e desvios padrões para as variáveis quantitativas ou por frequências e percentuais para as variáveis qualitativas. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) ou concordância entre os *experts* para cada item e para o instrumento como um todo foi considerado aceitável, com o valor mínimo de 0,70 ou 70% conforme indicado pela literatura (GREEN, 1982; FARO, 1997).

Para a comparação dos grupos em relação às variáveis qualitativas foi considerado o teste exato de Fisher e valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística.

Para verificar a consistência interna do questionário aplicado aos *experts* para a validação da escala foi calculado o alpha de Cronbach e valores  $\geq 0,7$  foram considerados adequados. O Alpha de Cronbach, segundo George e Mallery (2003), é considerado excelente quando  $\geq 0,9$ ; bom  $\geq 0,8$ ; aceitável  $\geq 0,7$ ; questionável  $\geq 0,6$ ; pobre  $\geq 0,5$  e inaceitável quando  $< 0,5$ .

Os dados foram analisados com auxílio de uma profissional estaticista e suporte do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e apresentados em quadros e tabelas.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná em 28 de outubro de 2014 sobre o parecer nº 848.878 e CAAE: 37379014.3.0000.0102 (ANEXO 1). A assinatura do TCLE ocorreu por meio digital.

## 4 RESULTADOS

Este item divide-se em duas partes, a caracterização dos participantes, bem como os resultados das duas rodadas por meio da técnica Delphi e da reunião de consenso.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA PRIMEIRA RODADA DA TÉCNICA DELPHI

Dos 32 *experts* que fizeram parte da pesquisa, 26 (81,3%) eram do sexo feminino, 17 (53,1%) eram doutores, 28 (87,5%) docentes que realizavam pesquisas, quatro (12,5%) enfermeiros pesquisadores que trabalhavam especificamente com pesquisas e nove (28,1%) enfermeiros da prática profissional (TABELA 1).

TABELA 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	Feminino	26	81,3
	Masculino	6	18,7
Titulação	Mestre	15	46,9
	Doutor	17	53,1
Enfermeiro docente que faz pesquisas	Sim	28	87,5
	Não	4	12,5
Enfermeiro que trabalha especificamente com pesquisas	Sim	4	12,5
	Não	28	87,5
Enfermeiro que trabalha na prática	Sim	9	28,1
	Não	23	71,9

Fonte: O autor (2015)

No que disse respeito à área de abrangência da coleta de dados, três *experts* (9,4%) eram do estado do Paraná, dois de Santa Catarina (6,3%) e dois do Rio Grande do Sul (6,3%), região sul do Brasil; seis do Ceará (18,8%), três do Piauí (9,3%), um do Maranhão (3,1%), um da Bahia (3,1%), região Nordeste; nove eram de São Paulo (28,1%), três do Rio de Janeiro (9,3%) e dois de Minas Gerais (6,3%), região Sudeste do Brasil.

Ao associar as atividades desenvolvidas pelos *experts*, 23 (71,9%) atuavam com o ensino e pesquisa, quatro (12,5%) trabalhavam exclusivamente na assistência e cinco (15,6%) exerciam as três atividades, ensino, pesquisa e assistência.

Em relação à idade dos *experts* a média foi de 41,4 e o desvio padrão de 12,7, o tempo médio de formado na graduação foi 18,8 anos e o desvio padrão de 12,2 (TABELA 2).

TABELA 2- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMADO

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Idade	32	41,4	36	25	67	12,7
Tempo de formado na graduação	32	18,8	14	4	41	12,2

Fonte: O autor (2015)

Quanto à participação em grupos de pesquisa, 31 (96,6%) *experts* responderam fazer parte de algum grupo, destes, 17 (53,1%) participavam de grupos que tinham como ênfase de pesquisa as DC e cinco (15,6%) a saúde ou doença cardiovascular (TABELA 3).

TABELA 3- ÊNFASE DE PESQUISA DOS GRUPOS EM QUE OS *EXPERTS* FAZEM PARTE

Ênfase de pesquisa do grupo	n	%
Doenças crônicas	17	53,1
Saúde/doenças cardiovasculares	5	15,6
Métodos de medida da pressão arterial	2	6,2
Saúde coletiva/Saúde Pública	2	6,2
Satisfação do usuário na atenção primária	1	3,1
Sistematização da assistência em enfermagem	1	3,1
Saúde do escolar	1	3,1
Comunicação em enfermagem	1	3,1
Gerenciamento e avaliação	1	3,1
TOTAL	31	100%

Fonte: O autor (2015)

#### 4.2 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI NA PRIMEIRA RODADA

O grau de concordância entre os *experts* na primeira rodada do processo de validação por meio da técnica Delphi está apresentado na TABELA 4, por meio de

frequências e percentuais de acordo com as opções de respostas em quatro níveis, não adequado, pouco adequado, consideravelmente adequado e muitíssimo adequado.

TABELA 4- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* EM QUATRO NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA

Itens avaliados	Opções de resposta			
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)
Aparência do instrumento	-	3 (9,4)	16 (50)	13 (40,6)
Clareza do instrumento	1 (3,1)	5 (15,6)	14 (43,8)	12 (37,5)
Facilidade de aplicação do instrumento	-	-	12 (37,5)	20 (62,5)
Conteúdo do instrumento	2 (6,3)	4 (12,5)	9 (28,1)	17 (53,1)
Fator preditor "Idade"	-	2 (6,3)	9 (28,1)	21 (65,6)
Fator preditor "Sexo"	2 (6,3)	1 (3,1)	10 (31,3)	19 (59,4)
Fator preditor "Tabagismo"	1 (3,1)	3 (9,4)	2 (6,3)	26 (81,3)
Fator preditor "Tempo de diagnóstico"	-	-	9 (28,1)	23 (71,9)
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	2 (6,3)	7 (21,9)	9 (28,1)	14 (43,8)
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	-	6 (18,8)	6 (18,8)	20 (62,5)
Fator preditor "Depressão"	1 (3,1)	3 (9,4)	12 (37,5)	16 (50)
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	-	2 (6,3)	11 (34,4)	19 (59,4)
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	-	4 (12,5)	10 (31,3)	18 (56,3)
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	-	7 (21,9)	10 (31,3)	15 (46,9)
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	-	5 (15,6)	14 (43,8)	13 (40,6)

Fonte: O autor(2015)

Ao agrupar as respostas “não adequado” e “pouco adequado”, na categoria “não adequado”, e as opções “consideravelmente adequado” com o “muitíssimo adequado” na categoria “adequado” foi possível perceber que todos os *experts* demonstraram concordância maior do que 70% (71,9% a 100%) em relação aos itens da escala (TABELA 5).

TABELA 5- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* EM DOIS NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA

Itens Avaliados	Resposta n=32 (%)	
	Não adequado	Adequado
Aparência do instrumento	3 (9,4)	29 (90,6)
Clareza do instrumento	6 (18,8)	26 (81,3)
Facilidade de aplicação do instrumento	-	32 (100)
Conteúdo do instrumento	6 (18,8)	26 (81,3)
Fator preditor "Idade"	2 (6,3)	30 (93,8)
Fator preditor "Sexo"	3 (9,4)	29 (90,6)
Fator preditor "Tabagismo"	4 (12,5)	28 (87,5)
Fator preditor "Tempo de diagnóstico"	-	32 (100)
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	9 (28,1)	23 (71,9)
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	6 (18,8)	26 (81,3)
Fator preditor "Depressão"	4 (12,5)	28 (87,5)
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	2 (6,3)	30 (93,8)
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	4 (12,5)	28 (87,5)
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	7 (21,9)	25 (78,1)
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	5 (15,6)	27 (84,4)

Fonte: O autor(2015)

Ao associar a titulação dos *experts* e as respostas fornecidas para a avaliação da escala, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas são iguais para participantes com mestrado e com doutorado *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes e encontrou-se que a titulação teve influência no item da escala que se refere ao “número de medicamentos em uso” com  $p = 0,019$ , ou seja, rejeitou-se a hipótese nula (TABELA 6).

TABELA 6- ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA

(continua)

Itens Avaliados	Resposta	Mestre n=15(%)	Doutor n=17(%)	Valor de p*
Aparência do instrumento	Não adequado	1 (6,7)	2 (11,8)	1
	Adequado	14 (93,3)	15 (88,2)	
Clareza do instrumento	Não adequado	3 (20)	3 (17,7)	1
	Adequado	12 (80)	14 (82,4)	
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	1
	Adequado	15 (100)	17 (100)	
Conteúdo do instrumento	Não adequado	2 (13,3)	4 (23,5)	1
	Adequado	13 (86,7)	13 (76,5)	
Fator preditor “Idade”	Não adequado	1 (6,7)	1 (5,9)	1
	Adequado	14 (93,3%)	16 (94,1%)	

TABELA 6- ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA

(conclusão)

Itens Avaliados	Resposta	Mestre		Valor de p*
		n=15 (%)	Doutor n=17 (%)	
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	2 (13,3)	1 (5,9)	
	Adequado	13 (86,7)	16 (94,1)	0,589
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	1 (6,7)	3 (17,7)	
	Adequado	14 (93,3)	14 (82,4)	0,603
Fator preditor "Tempo de diagnóstico"	Não adequado	-	-	
	Adequado	15 (100,0)	17 (100,0)	1
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	3 (20,0)	6 (35,3)	
	Adequado	12 (80,0)	11 (64,7)	0,444
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	-	6 (35,3)	
	Adequado	15 (100,0)	11 (64,7)	0,019*
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	1 (6,7)	3 (17,7)	
	Adequado	14 (93,3)	14 (82,4)	0,603
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	1 (6,7)	1 (5,9)	
	Adequado	14 (93,3)	16 (94,1)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	2 (13,3)	2 (11,8)	
	Adequado	13 (86,7)	15 (88,2)	1
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	4 (26,7)	3 (17,7)	
	Adequado	11 (73,3)	14 (82,4)	0,678
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	3 (20,0)	2 (11,8)	
	Adequado	12 (80,0)	15 (88,2)	0,645

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

Ao avaliar a associação dos docentes que fazem pesquisas e as respostas na avaliação do instrumento, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas são iguais para enfermeiros que fazem pesquisa e enfermeiros que não fazem pesquisa *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes, e em todos os itens da escala não houve significância (TABELA 7).

TABELA 7- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* DOCENTES QUE REALIZAM PESQUISA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA

(continua)

Itens Avaliados	Resposta	Docente faz pesquisa		Valor de p*
		Sim n=28 (%)	Não n=4 (%)	
Aparência do instrumento	Não adequado	2 (7,1)	1 (25,0)	
	Adequado	26 (92,9)	3 (75,0)	0,340
Clareza do instrumento	Não adequado	5 (17,9)	1 (25,0)	
	Adequado	23 (82,1)	3 (75,0)	1
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	
	Adequado	28 (100,0)	4 (100,0)	1

TABELA 7- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* DOCENTES QUE REALIZAM PESQUISA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA

Itens Avaliados	Resposta	Docente faz pesquisa		Valor de p*
		Sim n=28 (%)	Não n=4 (%)	
Conteúdo do instrumento	Não adequado	5 (17,9)	1 (25,0)	1
	Adequado	23 (82,1)	3 (75,0)	
Fator preditor "Idade"	Não adequado	1 (3,6)	1 (25,0)	0,238
	Adequado	27 (96,4)	3 (75,0)	
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	2 (7,1)	1 (25,0)	0,340
	Adequado	26 (92,9)	3 (75,0)	
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	4 (14,3)	-	1
	Adequado	24 (85,7)	4 (100,0)	
Fator preditor "Tempo de diagnóstico"	Não adequado	-	-	1
	Adequado	28 (100,0)	4 (100,0)	
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	7 (25,0)	2 (50,0)	0,557
	Adequado	21 (75,0)	2 (50,0)	
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	5 (17,9)	1 (25,0)	1
	Adequado	23 (82,1)	3 (75,0)	
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	4 (14,3)	-	1
	Adequado	24 (85,7)	4 (100,0)	
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	2 (7,1)	-	1
	Adequado	26 (92,9)	4 (100,0)	
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	4 (14,3)	-	1
	Adequado	24 (85,7)	4 (100,0)	
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	5 (17,9)	2 (50,0)	0,2005
	Adequado	23 (82,1)	2 (50,0)	
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	4 (14,3)	1 (25,0)	0,512
	Adequado	24 (85,7)	3 (75,0)	

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$

Fonte: O autor(2015)

Na associação entre a atividade específica de pesquisa e as respostas na avaliação do instrumento, testou-se a hipótese nula para cada item de que as distribuições sobre as opções de resposta são iguais para enfermeiros que trabalham especificamente com pesquisa e aqueles que não trabalham especificamente com pesquisa *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes, e em nenhum item houve significância (TABELA 8).

TABELA 8- ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE ESPECÍFICA DE PESQUISA E AS RESPOSTAS DOS EXPERTS PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA

Itens Avaliados	Resposta	Trabalha especificamente com pesquisa		Valor de p*
		Sim n=4 (%)	Não n=28 (%)	
Aparência do instrumento	Não adequado	-	3 (10,7)	1
	Adequado	4 (100,0)	25 (89,3)	
Clareza do instrumento	Não adequado	2 (50,0)	4 (14,3)	0,150
	Adequado	2 (50,0)	24 (85,7)	
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	1
	Adequado	4 (100,0)	28 (100,0)	
Conteúdo do instrumento	Não adequado	2 (50,0)	4 (14,3)	0,150
	Adequado	2 (50,0)	24 (85,7)	
Fator preditor "Idade"	Não adequado	-	2 (7,1)	1
	Adequado	4 (100,0)	26 (92,9)	
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	-	3 (10,7)	1
	Adequado	4 (100,0)	25 (89,3)	
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	-	4 (14,3)	1
	Adequado	4 (100,0)	24 (85,7)	
Fator preditor "tempo de diagnóstico"	Não adequado	-	-	1
	Adequado	4 (100,0)	28 (100)	
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	-	9 (32,1)	0,303
	Adequado	4 (100,0)	19 (67,9)	
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	1 (25,0)	5 (17,9)	1
	Adequado	3 (75,0)	23 (82,1)	
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	-	4 (14,3)	1
	Adequado	4 (100,0)	24 (85,7)	
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	-	2 (7,1)	1
	Adequado	4 (100,0)	26 (92,9)	
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	-	4 (14,3)	1
	Adequado	4 (100,0)	24 (85,7)	
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	2 (50,0)	5 (17,9)	0,201
	Adequado	2 (50,0)	23 (82,1)	
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	1 (25,0)	4 (14,3)	0,512
	Adequado	3 (75,0)	24 (85,7)	

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

Na associação entre a prática profissional e as respostas na avaliação do instrumento, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de resposta são iguais para enfermeiros que são da prática e aqueles que não são *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes, e nenhum item obteve significância estatística (TABELA 9).

TABELA 9- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA PRÁTICA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA PRIMEIRA RODADA

Itens Avaliados	Resposta	Enfermeiro da prática		Valor de p*
		Sim n=9 (%)	Não n=23 (%)	
Aparência do instrumento	Não adequado	1 (11,1)	2 (8,7)	1
	Adequado	8 (88,9)	21 (91,3)	
Clareza do instrumento	Não adequado	2 (22,2)	4 (17,4)	1
	Adequado	7 (77,8)	19 (82,6)	
Facilidade de Aplicação	Não adequado	1 (11,1)	5 (21,7)	0,648
	Adequado	8 (88,9)	18 (78,3)	
Conteúdo do instrumento	Não adequado	2 (22,2)	-	0,073
	Adequado	7 (77,8)	23 (100,0)	
Fator preditor "Idade"	Não adequado	1 (11,1)	2 (8,7)	1
	Adequado	8 (88,9)	21 (91,3)	
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	1 (11,1)	3 (13,0)	1
	Adequado	8 (88,9)	20 (87,0)	
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	3 (33,3)	6 (26,1)	0,685
	Adequado	6 (66,7)	17 (73,9)	
Fator preditor "tempo de diagnóstico"	Não adequado	2 (22,2)	4 (17,4)	1
	Adequado	7 (77,8)	19 (82,6)	
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	-	4 (17,4)	0,303
	Adequado	9 (100)	19 (82,6)	
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	-	2 (8,7)	1
	Adequado	9 (100)	21 (91,3)	
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	1 (11,1)	3 (13,0)	1
	Adequado	8 (88,9)	20 (87,0)	
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	3 (33,3)	4 (17,4)	0,370
	Adequado	6 (66,7)	19 (82,6)	
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	2 (22,2)	3 (13,0)	0,604
	Adequado	7 (77,8)	20 (87,0)	
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	1 (11,1)	2 (8,7)	1
	Adequado	8 (88,9)	21 (91,3)	
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	2 (22,2)	4 (17,4)	1
	Adequado	7 (77,8)	19 (82,6)	

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

O instrumento aplicado aos *experts* para validar a escala na primeira rodada obteve um alpha de Cronbach de 0,80 indicando boa consistência interna e o IVC dos itens da escala foi de 0,87, indicando validade de conteúdo.

Na primeira parte da escala composta pelas variáveis preditoras de risco para o desenvolvimento de complicações, as sugestões foram com relação à aparência, forma de redigir alguns itens, apresentação de cores, esclarecimento de alguns itens, entre outros, conforme o Quadro 3.

Sugestões	Número de experts	%
Substituir US por Unidade de Saúde*	10	13,33
Iniciar pontuação da idade antes dos 55 anos**	5	6,67
Rever/explicar as pontuações propostas, pois elas são distoantes**	7	9,33
Aumentar o tamanho das letras do rodapé*	6	8,00
Especificar na escala que são os medicamentos utilizados para Hipertensão Arterial Sistêmica**	6	8,00
Incluir outros itens descritos na literatura (álcool; atividade física; obesidade; raça; alimentação; adesão ao tratamento, etc)**	6	8,00
Criar um pequeno texto antes do instrumento com orientações para sua aplicação*	3	4,00
Rever a classificação e pontuação de tabagistas, pois está sendo considerado tabagista e ex-tabagista com mesma classificação e pontuação**	3	4,00
Esclarecer quais itens compõem a escala de Framingham**	2	2,67
Escrever Ex-Tabagista no lugar de apenas “Ex”*	2	2,67
Estabelecer um método de classificação de risco /Padronizar a avaliação de risco utilizando somente a escala de Framingham**	2	2,67
Alterar “Depressão” por “Diagnóstico de depressão” e a resposta para “Sim” e “Não”**	2	2,67
Evitar o uso de nota de rodapé**	1	1,33
Mesclar as células pois muitos itens estão em uma única linha *	1	1,33
Diminuir a pontuação do sexo masculino**	1	1,33
Incluir campo para total de pontos*	1	1,33
Questionar os tipos de medicamentos em uso para avaliar interação medicamentosa**	1	1,33
Acoplar o Framingham à escala**	1	1,33
Incluir o sistema de cores adotado pelo Ministério da Saúde*	1	1,33
Considerar adesão ao tratamento e controle da pressão arterial**	1	1,33
Escrever por extenso as palavras Masculino e Feminino*	1	1,33
Substituir o termo “Grave” que diz respeito à depressão, por “Em tratamento ou diagnosticada e não diagnosticada/não tratada”*	1	1,33
Utilizar símbolo de “>” ao invés de escrever “maior do que” *	1	1,33
Onde está escrito “Tempo de Diagnóstico” substituir por “tempo de diagnóstico médico de Hipertensão” *	1	1,33

\*Sugestões acatadas

\*\*Sugestões não acatadas

QUADRO 3- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS EXPERTS NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO PARA A PRIMEIRA PARTE DA ESCALA

(continua)

Deixar claro que o risco na Unidade de Saúde considerará análise da possibilidade de ataque a órgãos-alvo **	1	1,33
Retirar as cores das linhas *	1	1,33
Explicar os escores da escala **	1	1,33
Substituir os termos “Sem” por “Ausente” na escala **	1	1,33
Substituir a palavra “Classificação” no primeiro quadro por “Categoria” *	1	1,33
Especificar quais variáveis são utilizadas na classificação de risco nas Unidades de Saúde**	1	1,33
Iniciar a pontuação para idade acima dos 60 anos**	1	1,33
Alterar a posição da variável “Classificação de risco na unidade de Saúde” e colocá-la após todas as outras*	1	1,33
Envolver a Família em todas as orientações**	1	1,33
TOTAL	75	100

\*Sugestões acatadas

\*\*Sugestões não acatadas

#### QUADRO 3- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS EXPERTS NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO PARA A PRIMEIRA PARTE DA ESCALA

FONTE: O autor (2015)

(conclusão)

Nas ações para o gerenciamento de cuidado, as sugestões foram sobretudo acerca do número de atividades de educação em saúde, consultas, visitas domiciliares e contato telefônico, nas quais não houve concordância entre os *experts*. Para os três últimos níveis de risco (moderado, alto e muito alto), um *expert* citou a necessidade de reclassificar os pacientes em menos tempo do que o proposto e especificar quais os profissionais responsáveis para realizar a visita domiciliar. Outras sugestões menos citadas foram com relação a esclarecimento de termos ou alterações de legenda.

Nas ações para o baixo risco, dois *experts* (3,03%) sugeriram aumentar o número de atividades de educação em saúde e dois (3,03%), incluir o contato telefônico, nas de moderado risco dois (3,03%) indicaram a necessidade da realização de consultas médicas e de enfermagem quatro vezes ao ano e dois (3,03%) recomendaram o aumento das atividades de educação em saúde (QUADRO 4). Para o alto risco, seis (9,09%) sugeriram definir o número de visitas domiciliares e cinco (7,58 %) indicaram a diminuição no tempo de reclassificação. No muito alto risco, quatro especialistas (6,06%) solicitaram a especificação da quantidade de visitas domiciliares (QUADRO 5).

<b>Classificação de risco</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Número de experts</b>	<b>%</b>
<b>BAIXO RISCO</b>	Aumentar o número de atividades de educação em Saúde**	2	3,03
	Incluir contato telefônico**	2	3,03
	Realizar visita domiciliar anualmente**	1	1,52
	Substituir o termo “Reclassificação” por “Reavaliação” **	1	1,52
	Realizar as atividades de educação em saúde no dia da consulta**	1	1,52
	Estabelecer os profissionais responsáveis pela visita domiciliar**	1	1,52
	Incluir prática de atividade física**	1	1,52
	Sugerir compromisso da equipe**	1	1,52
	Substituir “duas vezes” por “semestrais” *	1	1,52
	Aumentar as consultas de enfermagem com intervalo bimestral e reduzir as consultas médicas com intervalo semestral**	1	1,52
	Esclarecer a legenda para as atividades de educação em saúde, a qual menciona “mensalmente” e o texto no quadro quantifica em duas vezes ao ano*	1	1,52
	Evitar o uso de nota de rodapé**	1	1,52
	Inserir o autocuidado apoiado**	1	1,52
<b>MODERADO RISCO</b>	Realizar consultas médicas e de enfermagem 4 vezes ao ano**	2	3,03
	Aumentar o número de atividades de educação em saúde**	2	3,03
	Substituir “Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano” por “Contato com os usuários (visitas/domiciliares/telefônicos) quadrimestralmente**	2	3,03
	Substituir “reclassificação após 12 meses” por “reclassificação anualmente”*	1	1,52
	Sugerir compromisso da equipe**	1	1,52
	Não substituir visitas domiciliares por telefonemas**	1	1,52
	Aumentar o número de visitas domiciliares**	1	1,52
	Esclarecer o termo “agendamento de consultas” *	1	1,52
	Substituir “três vezes ao ano” por “trimestralmente” **	1	1,52
	Realizar 2 visitas domiciliares ao ano**	1	1,52
	Estabelecer os profissionais responsáveis pela visita domiciliar**	1	1,52
	Diminuir o tempo de reclassificação**	1	1,52

\*Sugestões acatadas

\*\*Sugestões não acatadas

QUADRO 4- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS *EXPERTS* PARA AS AÇÕES DE BAIXO E MODERADO RISCO PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO

FONTE: O autor (2015).

<b>Classificação de risco</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Número de experts</b>	<b>%</b>
<b>ALTO RISCO</b>	Especificar o número de visitas domiciliares*	6	9,09
	Diminuir o tempo de reclassificação**	5	7,58
	Propor visitas domiciliares a cada 3 meses ou três vezes ao ano**	3	4,55
	Considerar o contato telefônico periódico*	2	3,03
	Substituir “a cada três meses” por trimestralmente*	1	1,52
	Acrescentar atividades de educação em saúde com a equipe multidisciplinar**	1	1,52
	Estabelecer os profissionais responsáveis pela visita domiciliar**	1	1,52
	Aumentar as consultas de enfermagem com intervalo bimestral e reduzir as consultas médicas com intervalo semestral**	1	1,52
<b>MUITO ALTO RISCO</b>	Especificar o número mínimo de visitas domiciliares como parte do acompanhamento*	4	6,06
	No tópico “Pactuação de metas conforme problemas identificados” acrescentar “com equipe multidisciplinar” *	2	3,03
	Considerar o contato telefônico periódico*	1	1,52
	Considerar o encaminhamento para serviços especializados**	1	1,52
	Realizar atividades de educação em saúde mensalmente**	1	1,52
	Acrescentar atividades de educação em saúde com equipe multidisciplinar**	1	1,52
	Realizar visitas domiciliares a cada três meses ou três vezes ao ano**	1	1,52
	Acrescentar atividades para fazer diferenciação do alto risco**	1	1,52
	Realizar consultas médicas, de enfermagem e atividades de educação em saúde com intervalos bimestrais**	1	1,52
	Esclarecer o termo “intercaladas” *	1	1,52
	Diminuir o tempo de reclassificação**	1	1,52
	Envolver a família nas orientações**	1	1,52
	<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

\*Sugestões acatadas

\*\*Sugestões não acatadas

QUADRO 5- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS *EXPERTS* PARA AS AÇÕES DE ALTO E MUITO ALTO RISCO PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO  
 FONTE: O autor (2015).

Apesar de o instrumento ter sido validado com mais de 70% de concordância entre os avaliadores na primeira rodada da técnica Delphi, após a avaliação das sugestões foram realizadas algumas modificações na aparência e na forma de redigir alguns itens; foi inserido um texto explicativo para a escala e uma ação de cuidado descrita como “Realizar contato telefônico caso necessário” nos estratos de alto e

muito alto risco para o desenvolvimento de complicações, além disso, foi realizada a exclusão de uma nota de rodapé, dessa forma optou-se em realizar a segunda rodada, possibilitando que os especialistas verificassem o *feedback* com as sugestões de todos os participantes e avaliassem a nova versão da escala, nesta etapa foi excluído o item referente ao fator preditor “tempo de diagnóstico”, pois este obteve 100% de concordância e não recebeu sugestões.

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI

Dos 26 *experts* que fizeram parte da segunda rodada da pesquisa, 19 (73,1%) eram do sexo feminino, 13 (50,0%) eram doutores, 24 (92,3%) docentes que realizavam pesquisas, quatro (15,38%) enfermeiros pesquisadores que trabalhavam especificamente com pesquisas e seis (23,1%) enfermeiros da prática profissional (TABELA 10).

TABELA 10- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	19	73,1
	Masculino	7	26,9
Titulação	Mestre	13	50,0
	Doutor	13	50,0
Enfermeiro docente que faz pesquisas	Sim	24	92,3
	Não	2	7,7
Enfermeiro que trabalha especificamente com pesquisas	Sim	4	15,4
	Não	22	84,6
Enfermeiro que trabalha na prática	Sim	6	23,1
	Não	20	76,9

Fonte: O autor (2015)

Em relação à área de abrangência da coleta de dados da segunda rodada, dois *experts* (7,7%) eram do estado do Paraná, dois de Santa Catarina (7,7%) e dois do Rio Grande do Sul (7,7%), região sul do Brasil; quatro do Ceará (15,4%), três do Piauí (11,6%), um do Maranhão (3,8%), um da Bahia (3,8%), região Nordeste; seis eram de São Paulo (23,0%), três do Rio de Janeiro (11,6%) e dois de Minas Gerais (7,7%), região Sudeste do Brasil.

Ao associar as atividades desenvolvidas pelos *experts*, 20 (76,9%) atuavam com o ensino e pesquisa, dois (7,7%) trabalhavam exclusivamente na assistência e quatro (15,4%) exerciam as três atividades, ensino, pesquisa e assistência.

Em relação à idade dos *experts* nesta rodada, a média foi de 42,4 e o desvio padrão de 13,2, o tempo médio de formado na graduação foi 19,7 anos e o desvio padrão de 12,5 (TABELA 11).

TABELA 11- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME IDADE E TEMPO DE FORMADO

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Idade	26	42,4	39,0	25,0	67,0	13,2
Tempo de formado na graduação	26	19,7	16,5	4,0	41,0	12,5

Fonte: O autor (2015)

Quanto à participação em grupos de pesquisa, todos (100%) os *experts* responderam fazer parte de algum grupo, destes, 13 (50,0%) participam de grupos que têm como ênfase de pesquisa as DC e quatro (15,6%) a saúde ou doença cardiovascular (TABELA 12).

TABELA 12- ÊNFASE DO TEMA DE PESQUISA DOS GRUPOS EM QUE OS *EXPERTS* PARTICIPAM

Ênfase de pesquisa do grupo	n	%
Doenças crônicas	13	50,0
Saúde/doenças cardiovasculares	4	15,6
Métodos de medida da pressão arterial	2	7,7
Saúde coletiva/Saúde Pública	2	7,7
Satisfação do usuário na atenção primária	1	3,8
Sistematização da assistência em enfermagem	1	3,8
Saúde do escolar	1	3,8
Comunicação em enfermagem	1	3,8
Gerenciamento e avaliação	1	3,8
TOTAL	26	100%

Fonte: O autor (2015)

#### 4.4 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI NA SEGUNDA RODADA

O grau de concordância entre os *experts* na segunda rodada do processo de validação por meio da técnica Delphi está apresentado na TABELA 13 por meio de frequências e percentuais de acordo com as opções de respostas em quatro níveis, não adequado, pouco adequado, consideravelmente adequado e muitíssimo adequado.

TABELA 13- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* EM QUATRO NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA

Itens avaliados	Opções de resposta			
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)
Aparência do instrumento	-	-	9 (34,6)	17 (65,4)
Clareza do instrumento	-	1 (3,8)	4 (15,4)	21 (80,8)
Facilidade de aplicação do instrumento	-	-	2 (7,7)	24 (92,3)
Conteúdo do instrumento	-	1 (3,8)	9 (34,6)	16 (61,5)
Fator preditor "Idade"	1(3,8)	-	5 (19,2)	20 (76,9)
Fator preditor "Sexo"	-	-	5 (19,2)	21 (80,8)
Fator preditor "Tabagismo"	1(3,8)	1 (3,8)	8 (30,8)	16 (61,5)
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	-	-	10 (38,5)	16 (61,5)
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	-	1 (3,8)	7 (26,9)	18 (69,2)
Fator preditor "Depressão"	-	-	7 (26,9)	19 (73,1)
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	-	1 (3,8)	3 (11,5)	22 (84,6)
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	1(3,8)	-	3 (11,5)	22 (84,6)
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	-	-	9 (34,6)	17 (65,4)
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	-	-	4 (15,4)	22 (84,6)

Fonte: O autor(2015)

Ao agrupar as respostas “não adequado” e “pouco adequado” na categoria “não adequado”, e as opções “consideravelmente adequado” com “muitíssimo adequado” na categoria “adequado”, foi possível perceber que houve um aumento no percentual de concordância entre os *experts* quando comparado à primeira rodada, pois todos os *experts* demonstraram aceitação maior do que 90% (92,3% a 100%) em relação aos itens da escala (TABELA 14).

TABELA 14- FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* EM DOIS NÍVEIS DE ACORDO COM OS ITENS DA ESCALA

Itens Avaliados	Resposta n=26 (%)	
	Não adequado	Adequado
Aparência do instrumento	-	26 (100,0)
Clareza do instrumento	1 (3,8)	25 (96,2)
Facilidade de aplicação do instrumento	-	26 (100,0)
Conteúdo do instrumento	1 (3,8)	25 (96,2)
Fator preditor "Idade"	1 (3,8)	25 (96,2)
Fator preditor "Sexo"	-	26 (100,0)
Fator preditor "Tabagismo"	2 (7,7)	24 (92,3)
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	-	26 (100,0)
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	1 (3,8)	25 (96,2)
Fator preditor "Depressão"	-	26 (100)
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	1 (3,8)	25 (96,2)
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	1 (3,8)	25 (96,2)
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	-	26 (100,0)
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	-	26 (100,0)

Fonte: O autor(2015)

Ao associar a titulação dos *experts* e as respostas fornecidas para a avaliação da escala, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas seriam iguais para participantes com mestrado e com doutorado, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes e encontrou-se que a titulação não teve influência nas respostas fornecidas (TABELA 15).

TABELA 15- ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA

(continua)

Itens Avaliados	Resposta	Mestre n=13 (%)	Doutor n=13 (%)	Valor de p*
Aparência do instrumento	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1
Clareza do instrumento	Não adequado	1 (7,7)	-	
	Adequado	12 (92,3)	13 (100,0)	1
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1
Conteúdo do instrumento	Não adequado	1 (7,7)	-	
	Adequado	12 (92,3)	13 (100,0)	1
Fator preditor "Idade"	Não adequado	1 (7,7)	-	
	Adequado	12 (92,3)	13 (100,0)	1

TABELA 15- ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA

(conclusão)

Itens Avaliados	Resposta	Mestre n=13 (%)	Doutor n=13 (%)	Valor de p*
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	1 (7,7)	1 (7,7)	
	Adequado	12 (92,3)	12 (92,3)	1
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	1 (7,7)	-	
	Adequado	12 (92,3)	13 (100,0)	1
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	-	1 (7,7)	
	Adequado	13 (100,0)	12 (92,3)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	-	1 (7,7)	
	Adequado	13 (100,0)	12 (92,3)	1
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	13 (100,0)	13 (100,0)	1

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

Ao avaliar a associação dos docentes que fazem pesquisas e as respostas na avaliação do instrumento, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas seriam iguais para enfermeiros que fazem pesquisa e enfermeiros que não fazem pesquisa *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes e para todos os itens da escala aceitou-se a hipótese nula (TABELA 16).

TABELA 16- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* DOCENTES QUE REALIZAM PESQUISA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA

Itens Avaliados	Resposta	Docente faz pesquisa		Valor de p*
		Sim n=24 (%)	Não n=2 (%)	
Aparência do instrumento	Não adequado	-	-	
	Adequado	24 (100,0)	2 (100,0)	1
Clareza do instrumento	Não adequado	1 (4,2)	-	
	Adequado	23 (95,8)	2 (100,0)	1
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	
	Adequado	28 (100,0)	2 (100,0)	1
Conteúdo do instrumento	Não adequado	1 (4,2)	-	
	Adequado	23 (95,8)	2 (100,0)	1
Fator preditor "Idade"	Não adequado	1 (4,2)	-	
	Adequado	23 (95,8)	2 (100,0)	1
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	-	-	
	Adequado	24 (100,0)	2 (100,0)	1
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	2 (8,3)	-	
	Adequado	22 (91,7)	2 (100,0)	1
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	-	-	
	Adequado	24 (100,0)	2 (100,0)	1
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	1 (4,2)	-	
	Adequado	23 (95,8)	2 (100,0)	1
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	-	-	
	Adequado	24 (100,0)	2 (100,0)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	-	1 (50,0)	
	Adequado	24 (100,0)	1 (50,0)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	-	1 (50,0)	
	Adequado	24 (100,0)	1 (50,0)	1
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	24 (100,0)	2 (100,0)	1
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	24 (100,0)	2 (100,0)	1

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

Na associação entre a atividade específica de pesquisa e as respostas na avaliação do instrumento, testou-se a hipótese nula para cada item de que as distribuições sobre as opções de resposta seriam iguais para enfermeiros que trabalham especificamente com pesquisa e aqueles que não trabalham especificamente com pesquisa *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes e nenhum item apresentou significância (TABELA 17).

TABELA 17- ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE ESPECÍFICA DE PESQUISA E AS RESPOSTAS DOS EXPERTS PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA

Itens Avaliados	Resposta	Trabalha especificamente com pesquisa		Valor de p*
		Sim n=4 (%)	Não n=22 (%)	
Aparência do instrumento	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1
Clareza do instrumento	Não adequado	1 (25,0)	-	
	Adequado	3 (75,0)	22 (100,0)	0,154
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1
Conteúdo do instrumento	Não adequado	-	1 (4,6)	
	Adequado	4 (100,0)	21 (95,4)	1
Fator preditor "Idade"	Não adequado	-	1 (4,6)	
	Adequado	4 (100,0)	21 (95,4)	1
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	-	2 (9,1)	
	Adequado	4 (100,0)	20 (90,9)	1
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	1 (25,0)	-	
	Adequado	3 (75,0)	22 (100,0)	0,154
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	-	1 (4,6)	
	Adequado	4 (100,0)	21 (95,4)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	-	1 (4,6)	
	Adequado	4 (100,0)	21 (95,4)	1
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	4 (100,0)	22 (100,0)	1

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

Na associação entre a prática profissional e as respostas na avaliação do instrumento, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de resposta são iguais para enfermeiros da prática e aqueles que não são, *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes e nenhum item obteve significância (TABELA 18).

TABELA 18- ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA PRÁTICA OU NÃO PARA OS ITENS AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA

Itens Avaliados	Resposta	Enfermeiro da prática		Valor de p*
		Sim n=6 (%)	Não n=20 (%)	
Aparência do instrumento	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1
Clareza do instrumento	Não adequado	1 (16,7)	-	
	Adequado	5 (83,3)	20 (100,0)	0,231
Facilidade de Aplicação	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1
Conteúdo do instrumento	Não adequado	-	1 (5,0)	
	Adequado	6 (100,0)	19 (95,0)	1
Fator preditor "Idade"	Não adequado	1 (16,7)	-	
	Adequado	5 (83,3)	20 (100,0)	0,231
Fator preditor "Sexo"	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1
Fator preditor "Tabagismo"	Não adequado	1 (16,7)	1 (5,0)	
	Adequado	5 (83,3)	19 (95,0)	0,415
Fator preditor "Classificação de risco na unidade de saúde"	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	Não adequado	1 (16,7)	-	
	Adequado	5 (83,3)	20 (100,0)	0,231
Fator preditor "Depressão"	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1
As ações de cuidado aos hipertensos de baixo risco	Não adequado	1 (16,7)	-	
	Adequado	5 (83,3)	20 (100,0)	0,231
As ações de cuidado aos hipertensos de moderado risco	Não adequado	1 (16,7)	-	
	Adequado	5 (83,3)	20 (100,0)	0,231
As ações de cuidado para hipertensos de alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1
As ações de cuidado para hipertensos de muito alto risco	Não adequado	-	-	
	Adequado	6 (100,0)	20 (100,0)	1

\*Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

Fonte: O autor(2015)

O instrumento aplicado aos *experts* na segunda rodada, composto por 14 questões, obteve um Alpha de Cronbach de 0,76, indicando como aceitável a consistência interna e o IVC da escala nesta rodada foi de 0,98, indicando validade de conteúdo superior ao da primeira rodada.

Em relação às sugestões fornecidas pelos *experts* na segunda rodada do processo de validação para a primeira parte da escala composta pelas variáveis preditoras de risco para o desenvolvimento de complicações, percebeu-se a diminuição do número de sugestões fornecidas, as quais estavam relacionadas principalmente com a aparência, organização da escala e esclarecimento de itens. Por meio da análise estatística e das sugestões foi realizado o segundo *feedback*,

explicando as alterações ou justificando aquelas que não foram acatadas (QUADRO 6).

Sugestões	Número de experts	%
Separar cada variável preditora com uma linha de grade mais grossa*	1	7,69
Centralizar os resultados da escala**	2	15,38
Manter as cores da escala anterior**	1	7,69
No texto prévio, substituir "faça o somatório" por "faça a soma"*	1	7,69
Manter as cores com pequena alteração: risco de complicação baixo (verde); moderado (amarelo); alto (alguma cor entre amarelo e vermelho, talvez o laranja ou um vermelho em uma tonalidade abaixo); muito alto (vermelho)	1	7,69
Substituir a palavra "Número" por "Quantidade" de medicamentos**	1	7,69
Substituir "variáveis preditoras" por "itens avaliados"***	1	7,69
Sugiro escrever "Número de medicamentos utilizados (para qualquer tipo de agravo)" e "Classificação de risco na unidade, caso não, utilize utilizar o escore de Framingham"***	1	7,69
Considerar reposição hormonal/menopausa**	1	7,69
Estratificar ex-tabagista e tabagista separado**	1	7,69
Especificar o tipo de medicamento (Anti-hipertensivos)**	1	7,69
Melhorar a apresentação do fator "Classificação de risco na Unidade de Saúde" permitindo àqueles que utilizarão o instrumento a possibilidade de realizar o cálculo do risco de maneira fácil e acessível	1	7,69
TOTAL	13	100

\*Sugestões acatadas

\*\*Sugestões não acatadas

QUADRO 6- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS *EXPERTS* PARA A PRIMEIRA PARTE DA ESCALA NA SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO

FONTE: O autor (2015)

Para as ações de gerenciamento de cuidado, na segunda rodada, os *experts* fizeram sugestões no moderado, alto e muito alto risco para o desenvolvimento de complicações e estas consistiram em atentar para a diminuição de visitas domiciliares com o aumento do risco e modificações na redação (QUADRO 7).

Classificação de risco	Sugestões	Número de experts	%
<b>MODERADO RISCO</b>	Atentar para a redução do número visitas domiciliares, a medida que a classificação agrava**	1	11,11
<b>ALTO RISCO</b>	Modificar a frase "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário " para "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário"*	4	44,44
	Realizar três visitas domiciliares é alcançável para esses pacientes**	1	11,11
<b>MUITO ALTO RISCO</b>	Modificar a frase "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário " para "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário"*	2	22,22
	Atentar para a redução do número visitas domiciliares, a medida que a classificação agrava**	1	11,11
	TOTAL	9	100

\*Sugestões acatadas

\*\*Sugestões não acatadas

QUADRO 7- SUGESTÕES FORNECIDAS PELOS EXPERTS PARA AS AÇÕES DE GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO  
 FONTE: O autor (2015)

Para a reunião de consenso, participaram quatro doutores e dois enfermeiros assistenciais via *Skype*<sup>®</sup>. Nesta, foi apresentado um resumo comparando a versão original e a versão após a segunda rodada do processo de validação, com a possibilidade de que cada expert pudesse fazer suas contribuições caso julgasse necessário, neste momento houve a sugestão de modificar a palavra “médio” referindo-se à classificação de risco na unidade de saúde, na última categoria da primeira parte da escala, para “moderado”, padronizando a linguagem da escala.

Outra questão discutida na reunião foi em relação à cor da escala, a qual foi sugerida por um *expert* na segunda rodada que se mantivesse a cor azul da versão original e por outro, que utilizasse a cor laranja, desta forma, durante a discussão os especialistas optaram por alterar a cor da escala para azul, no baixo risco; verde para moderado; laranja para alto e vermelho para o muito alto risco, gerando a versão validada da escala de predição Ulbrich e Mantovani (FIGURA 9 e FIGURA 10).

Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça a soma indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”. A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

ESCALA ULBRICH E MANTOVANI		
Variáveis preditoras	Categoria	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	> 55	10
Sexo	Feminino	0
	Masculino	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ Ex-tabagista	11
Tempo do diagnóstico de hipertensão (anos)	Até 10	0
	> 10	13
Número de medicamentos em uso*	Até 4	0
	> 4	22
Depressão	Sem diagnóstico	0
	Com diagnóstico/em tratamento	14
Classificação de risco Unidade de Saúde**	Baixo	0
	Moderado/alto/muito alto	18
TOTAL DE PONTOS		

\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

FIGURA 9– PRIMEIRA PARTE DA ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI  
FONTE: ULBRICH (2015)

Ações para o gerenciamento de cuidados	
Baixo Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares semestralmente;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
Moderado Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
Alto Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
Muito Alto Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>

NOTA: No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas;

\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

FIGURA 10– SEGUNDA PARTE DA ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI  
 FONTE: ULBRICH (2015)

## 5 DISCUSSÃO

O perfil dos *experts* nesta pesquisa demonstrou que na primeira rodada 53,1% eram doutores e com idade média de 41,4 anos. Na segunda, não houve diferença entre o número de mestres e doutores e a idade média foi de 42,2 anos. Em ambas as rodadas o sexo predominante foi o feminino. Esses dados corroboram com um estudo metodológico quantitativo, realizado em Fortaleza, Ceará, para validar o conteúdo das dimensões constitutivas da adesão ao tratamento da HAS, o qual ao caracterizar a amostra de 17 especialistas percebeu que 94,1% eram do sexo feminino, com idade média de 39 anos, em relação à titulação, oito (58,8%) possuíam doutorado e seis mestrado (41,2%) (BORGES, *et al.*, 2013).

Corroborando, outro estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, que buscou avaliar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato, também teve como *experts* 52 enfermeiros, dos quais 96,15% eram do sexo feminino, com idade média de 44,02 anos, 75% eram doutores e 25% mestres. Em relação à atividade profissional, 42,31% realizavam atividades de ensino e pesquisa, 42,31% exerciam o ensino, pesquisa e assistência, 3,85% pesquisa e assistência, 5,77% ensino e assistência, 3,85% ensino e 1,92% exercia apenas a pesquisa (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014).

Esses dados diferem dessa pesquisa uma vez que na primeira rodada 23 (71,9%) *experts* atuavam com o ensino e pesquisa, quatro (12,5%) trabalhavam na assistência e cinco (15,6%) exerciam atividades de ensino, pesquisa e assistência. Na segunda, 20 (76,9%) atuavam com o ensino e pesquisa, dois (7,7%) trabalhavam na assistência e três (15,4 %) exerciam atividades de ensino, pesquisa e assistência

Outro estudo realizado para validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Angústia espiritual selecionou 71 enfermeiros por meio dos critérios de Fehring e ao analisar a titulação acadêmica, houve a predominância de doutores (52,7%), seguido de mestres (37,5%) e livre-docentes (9,7%) (CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010).

Estudo que validou um instrumento para a avaliação da habilidade dos graduandos de enfermagem na mensuração da pressão arterial teve como amostra 27 *experts*, com idade média de 36,6 anos e destes, 74,1% eram mestres, dados que diferem desta pesquisa (TIBÚRCIO, *et al.*, 2014)

Em relação ao tempo de formado, Oliveira (2011) selecionou uma amostra em que a maioria (57,7%) tinha menos de 10 anos de formado, variando entre cinco e 59 anos. Borges e colaboradores (2013) tiveram uma amostra em que a média de formado era de 16,32 anos, com mínimo de quatro e máximo de 32 anos. Nesta pesquisa o tempo mínimo de formado também foi igual a quatro e o tempo médio para a segunda rodada foi de 16,5 anos, porém o tempo máximo foi igual a 41 e o tempo médio na primeira rodada consistiu em 18,8 anos, essa variação pode ter ocorrido em decorrência do item tempo de formado não estar presente nos critérios de inclusão, fato que possibilitou a diversidade de opiniões na avaliação da escala.

A seleção de especialistas neste estudo considerou aspectos relacionados à titulação, especialidade, prática profissional e o envolvimento com as doenças crônicas. De acordo com Melo e colaboradores (2011), a escolha de *experts* para fazer parte do processo de validação precisa estar baseada no objetivo do estudo e deve avaliar o nível de experiência prática, conhecimento e habilidade de cada enfermeiro relacionado ao tema de estudo, pois estes aspectos aumentam a fidedignidade do processo e dos resultados obtidos (MELO, *et al.*, 2011).

Em estudo desenvolvido por Oliveira (2011) para revisar e validar o diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão em pessoas com HAS encontrou que 19 (70,4%) *experts* faziam parte de um grupo de pesquisa relacionado à adesão, assim como no estudo desenvolvido por Vitor (2010), no qual 19 (86,4%) *experts* participavam de um grupo relacionado ao tema de estudo, dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa em que 17 (53,1%) *experts*, na primeira rodada, e 13 (50,0%), na segunda, participavam de grupos de pesquisa com ênfase de estudo nas DC.

Os itens sobre aparência e clareza do instrumento foram validados com 90,6% e 81,3% respectivamente na primeira rodada e 100% e 96,2% de concordância na segunda, esses itens permitem que os *experts* avaliem um instrumento quanto à forma de apresentação, facilidade de leitura e compreensão dos textos (Lobiondo-Wood; Haber, 2001), os quais foram considerados adequados para a escala de predição validada neste estudo e melhoradas com as sugestões fornecidas.

Todos os *experts* consentiram sobre a facilidade de aplicação do instrumento em ambas as rodadas, confirmando que a escala pode contribuir para o Sistema Único de Saúde visto que pode ser utilizada, sem gastos monetários, nas consultas realizadas pelo enfermeiro ou por outros profissionais de saúde, pois não requer

informações complexas que exijam a presença de um profissional específico para coletá-las (ULBRICH, 2015).

Em relação ao conteúdo do instrumento, 81,3% dos *experts* consentiram sobre sua adequação na primeira rodada e 96,2% na segunda, demonstrando que a escala é capaz de medir o que se propõe, avaliando o risco para a ocorrência de complicações associadas à HAS pela presença ou ausência de variáveis preditoras.

A maioria dos *experts* consideraram os itens da escala adequados e ao associar a titulação com as respostas fornecidas somente o item na primeira rodada referente ao “Número de medicamentos em uso” mostrou que as respostas diferiram significativamente entre os mestres e doutores, fato que pode ter ocorrido devido à falta de consenso sobre o tipo de medicações que fariam parte do item, pois alguns *experts* sugeriram a solicitação somente das medicações utilizadas para a HAS, porém entre os fatores que podem influenciar a não adesão medicamentosa estão o número de doses, comprimidos, horários e duração do tratamento (GUSMÃO *et al.*, 2009; LYRA JÚNIOR; AMARAL; VEIGA, 2006).

Acredita-se que um maior número de medicamentos, sejam eles para controlar a HAS ou não, têm influência na não adesão ao tratamento, fato corroborado com os resultados encontrados por Bastos-Barbosa *et al.* (2012), os quais detectaram que a prescrição médica era de  $6,1 \pm 2,0$  e a ingestão relatada foi de  $4,5 \pm 2,3$  medicamentos por dia. Ao considerar somente os fármacos anti-hipertensivos, esses valores foram de  $1,9 \pm 0,4$  e  $1,2 \pm 0,8$  respectivamente. Além disso, 58% das pessoas com hipertensão relataram ter interrompido o uso dos medicamentos devido a efeitos adversos e 48% informaram que se esqueciam de tomar uma das medicações.

As associações entre a realização de pesquisa junto à prática docente, atividades especificamente de pesquisa e a prática assistencial com as respostas fornecidas, não tiveram associação estatisticamente significantes em ambas as rodadas. Portanto, independente das atividades desempenhadas pelos enfermeiros *experts*, seja na pesquisa ou na prática assistencial, todos consideraram a escala válida.

Corroborando, Ulbrich (2015) afirma que a identificação de fatores de risco que predizem o aparecimento de complicações da HAS pode auxiliar na assistência, pois ao conhecer o paciente e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de complicações é possível minimizá-los e melhorar a qualidade do cuidado.

Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam realizadas de forma adequada é necessário o conhecimento sobre a doença e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de complicações, sendo importante a atuação conjunta entre a equipe de saúde, familiares e hipertensos na rede de atenção primária para promover a participação, inclusão social e educação em saúde (SBC;SBH;SBN, 2010; MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

As variáveis preditoras presentes na escala: “Idade (anos)”, “Sexo”, “Tabagismo”, “Tempo do diagnóstico médico de hipertensão (anos)”, “Número de medicamentos em uso”, “Depressão” e “Classificação de risco na Unidade de Saúde”, foram avaliadas separadamente e todas obtiveram concordância entre os *experts* superior a 70%.

Em relação ao sexo e à idade, a escala de predição demonstra que os pacientes do sexo masculino acima dos 55 anos possuem maior risco para o desenvolvimento de complicações. Estas variáveis foram validadas como capazes de prever o aparecimento de complicações da HAS com 90,6% e 93,8% de concordância respectivamente na primeira rodada e com 100% e 96,2% na segunda.

A presença destes preditores na escala corrobora com um estudo que identificou as características sócio-demográficas dos hipertensos em unidades de saúde da família no Nordeste e encontrou que a média de idade foi de 59,21 anos, 30% pertenciam à faixa etária dos 51 a 60 anos e 61,4% eram do sexo masculino (VERAS;OLIVEIRA,2009).

Estes dados vão ao encontro da *Guideline* europeia, a qual considera que homens com 55 anos ou mais, têm maior risco para a mortalidade cardiovascular (ESH ESC,2013). Em estudo com pacientes que sofreram IAM, verificou-se que a idade média foi de  $58,2 \pm 10,6$  anos e 57(64,7%) eram do sexo masculino (PAIM; AZZOLIN;MORAES, 2012). O IAM é uma das complicações de destaque no quadro de mortalidade masculina e ocupa o primeiro lugar nas causas de morte, perdendo apenas quando comparado às causas externas (FONSECA *et al.*,2013).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, existe relação entre a pressão arterial e a idade, sendo a prevalência superior a 60% em pessoas com mais de 60 anos. Em relação ao sexo, o desenvolvimento de HAS em homens e mulheres é semelhante, embora nos homens seja maior até os 50 anos (SBC;SBH;SBN, 2010). Em estudo com metalúrgicos e siderúrgicos de São Paulo e Rio de Janeiro, a prevalência de HAS foi de 24,7%; em relação à idade, participantes com mais de 40

anos apresentaram risco estatisticamente significativo para esta condição (MARTINEZ; LATORRE, 2006)

Ao descrever o perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico em um município do Piauí, Soares *et al* (2013) identificaram que 68,8% dos entrevistados eram do sexo masculino, 36,1% possuíam idade entre 51 e 60 anos. Quanto à história familiar, 80,7% tinham HAS como principal fator de risco para a progressão da doença renal e da insuficiência renal crônica.

Corroborando, outro estudo realizado com pessoas portadoras de doença renal crônica na Bahia, observou que 63,22% tinham mais do que 50 anos e desses, 35,48% eram do sexo masculino. Quanto às patologias associadas, a HAS teve destaque em 25,97% dos casos (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Em Natal, Rio Grande do Norte, um estudo com pacientes em tratamento hemodialítico verificou que dos 35 participantes, 19 (54,29%) eram do sexo masculino e com faixa etária acima dos 50 anos de idade (62,86%). A maioria destes, 25 (71,43%), desenvolveram a doença como complicação da HAS, nove (25,71%) pela DM e um (2,86%) por infecções do trato urinário (SILVA *et al.*, 2014).

Ao avaliar os fatores de risco associados à morte por IAM, constatou-se que esta complicação tem prevalência em homens (70,05%), com idade acima dos 50 anos, com HAS (66,85%), DM (27,49%), dislipidemias (46,38%), hiperuricemia (32,65%) e história de tabagismo (56,64%) (LOPES *et al.*, 2012).

Outro estudo observacional, prospectivo com pacientes hospitalizados na unidade coronariana intensiva em Rotterdam, Holanda, que buscou verificar mudanças no perfil clínico, tratamento e mortalidade em pacientes com IAM entre 1985 e 2008, também verificou que a maioria era do sexo masculino, com idade de 60 anos ou mais e que possuíam HAS e DM como fatores de risco (NAUTA *et al.*, 2011).

Outro fator que predispõe ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, principalmente o IAM e o AVC, é o tabagismo, por outro lado a relação entre este e o desenvolvimento da HAS é controverso, pois apesar dos efeitos agudos do cigarro sobre a pressão arterial, alguns estudos não demonstram essa associação (GIORGI, 2010). A presença do fator preditor tabagismo na escala foi considerado válido por 87,5% dos *experts* na primeira rodada e por 92,3% na segunda.

O cigarro pode aumentar o risco cardiovascular, principalmente pelos seus efeitos no sistema nervoso visceral e função endotelial. O aumento da pressão arterial

ocasionado pelo tabagismo é responsável pela predisposição às morbidades e mortalidade cardiovascular e renal em pessoas fumantes (GIORGI, 2010).

A exposição ao cigarro, segundo Mancina e colaboradores (2013), é fator de risco cardiovascular e o abandono deste é uma medida eficaz para prevenir o AVC e o IAM. Em estudo realizado por Moura Júnior *et al.*, (2011), a abstinência do cigarro não alterou de forma significativa a PAS e a frequência cardíaca quando comparados os exercícios realizados dentro e fora da meia vida plasmática do cigarro, por outro lado o consumo de um cigarro antes de uma sessão de exercícios mostrou-se capaz de abolir a resposta hipotensora da pressão arterial diastólica (PAD) pós o exercício.

A OMS estimou que o fumo pode causar aproximadamente 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório (WHO, 2009). No Brasil, uma das metas a serem alcançadas de acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT é uma queda média anual de 3,4% no número de adultos fumantes, atingindo 10% da prevalência em 2022 (BRASIL, 2011).

Compreende-se que o hábito de fumar aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em pacientes com HAS e eleva o risco da insuficiência renal (BRASIL, 2014a). Neste sentido, o Brasil tomou medidas para a diminuição do tabagismo como as ações que regulam o fumo em locais coletivos, o aumento dos impostos sobre o tabaco e álcool, a proibição da propaganda de cigarros e advertências sobre os riscos que pode ocasionar nas embalagens (BRASIL, 2011).

A Sexta Diretriz Brasileira de HAS aborda a necessidade da adoção de hábitos saudáveis de vida desde a infância, principalmente com relação à alimentação adequada, consumo controlado de sal e álcool, combate ao sedentarismo e ao tabagismo, para prevenir o aparecimento da HAS e complicações (SBC;SBH;SBN, 2010).

Em estudo realizado nos municípios da Amazônia Legal, Mato Grosso, verificou-se a prevalência de fatores associados à HAS em idosos e constatou-se que houve um aumento do diagnóstico proporcional à idade ( $p=0,017$ ). Percebeu-se ainda que as idosas ex-fumantes apresentaram maior prevalência de HAS em relação às não fumantes (ESPERANDIO *et al.*, 2013).

Outro estudo que utilizou dados do inquérito de saúde no Município de São Paulo com o objetivo de avaliar a hipertensão autorreferida e fatores associados em pacientes adultos e idosos, encontrou que 45,1% da amostra eram tabagistas ou ex-

tabagistas (SELEM, *et al.*, 2013). Semelhante aos dados encontrados no estudo de Ulbrich (2015) realizado com adultos hipertensos, em que 48,2% dos entrevistados relataram ser fumantes ou ter fumado e destes, 67,8% fumava ou fumou por mais de 10 anos.

Na investigação dos efeitos do tabagismo sobre a pressão arterial e a hipertensão, um estudo realizado na Turquia com 712 participantes, encontrou que a idade média foi de  $51,2 \pm 15,1$  anos, 310 (44%) eram do sexo masculino e 402 (56%) feminino; 254 (36%) eram fumantes, 65 (9%) ex-fumantes e 393 (55%) nunca fumaram. A quantidade de cigarros fumados por ano foi maior entre os ex-fumantes  $32 \pm 15$  e os valores da PAS e PAD destes foram menores quando comparado aos fumantes (GUMUS, *et al.*, 2013).

Em relação ao item número de medicamentos, 81,3% dos especialistas concordaram sobre sua adequação na primeira rodada e 96,2% na segunda, corroborando com um estudo realizado com 473 participantes em uma área rural do estado Tamil Nadu, na Índia, para determinar os fatores envolvidos na aderência ao tratamento da HAS, o qual constatou que a adesão foi maior para os participantes que usavam somente um medicamento, com frequência de uma vez ao dia, em comparação àqueles que tomavam quatro tipos de medicamentos e com a frequência de três ou mais vezes ao dia (VENKATACHALAM, *et al.*, 2015).

Outro estudo realizado com pacientes hipertensos em Curitiba, Paraná, para verificar a correlação entre o tempo de diagnóstico, valor da PAS e o número de medicamentos com o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, verificou moderada correlação positiva entre o número de medicamentos e a adesão ( $p=0,005$ ) e fraca correlação positiva entre esta e o tempo de diagnóstico ( $p=0,048$ ) (MANTOVANI, *et al.*, 2015).

A cronicidade da HAS faz com que as pessoas acometidas submetam-se ao tratamento farmacológico ou não farmacológico por toda a sua vida, o que acarreta em dificuldade na adesão ao tratamento por envolver diversos fatores como: dificuldades financeiras, elevado número de medicações prescritas, dificuldade ao acesso no sistema público de saúde, efeitos colaterais dos medicamentos, a cronicidade da doença e a ausência de sintomas (REINERS *et al.*, 2012; GIROTTO, *et al.*, 2013).

A HAS é considerada um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, no entanto, apesar da adesão ao tratamento mostrar-se importante

no controle dos níveis pressóricos, ainda é comum que indivíduos hipertensos procurem os serviços de saúde com pressão descontrolada (MONTEIRO-JÚNIOR, *et al.*, 2008).

O tratamento medicamentoso tem como objetivo reduzir o desenvolvimento de complicações da HAS e a mortalidade ocasionada por estas. Para atingir este objetivo, é necessário o controle da pressão, dos fatores de risco envolvidos e das condições clínicas associadas (NEVES; KASAL, 2010).

A baixa adesão à terapêutica está associada a problemas sociais e econômicos, distúrbios psicológicos e prejuízos cognitivos, aliados às características da doença e complexidade do tratamento, bem como o tempo, custo, quantidade, efeitos adversos e relacionamento entre o paciente e a equipe de saúde (LOPES; MARCON, 2009).

Estimativas apontam que dois terços das pessoas com hipertensão, atendidas em serviços básicos de saúde não mantêm a pressão em níveis satisfatórios e destes, 30% desenvolvem AVC e 70% insuficiência cardíaca congestiva, o que acarreta em hospitalizações e gastos para o sistema de saúde (KROUSEL-WOOD, *et al.*, 2009; LACERDA, *et al.*, 2010).

Um estudo realizado no sul do Brasil para determinar a prevalência de hospitalizações por agravos ou complicações da HAS em indivíduos tratados na atenção primária e identificar fatores associados, encontrou que dos 422 participantes da pesquisa, 51 (12,08%) relataram ter sido internados no ano anterior à coleta dos dados por complicações da HAS, sendo as mais frequentes: crises hipertensivas (24-47,05%), problemas cardiovasculares (32-45,10%) e os cerebrovasculares (4-7,85%). As hospitalizações tiveram associação com o sexo masculino, idade igual ou superior a 60 anos, não adesão ao tratamento medicamentoso, pressão arterial descontrolada e presença de comorbidades (BARRETO; MARCON, 2013).

Outro estudo realizado no sudeste da Louisiana, Estados Unidos, com 2000 participantes hipertensos, verificou que a idade média foi de 75 anos  $\pm$  5,6 anos, 58,8% eram mulheres, 30,7% eram negras e 83,6% estavam tomando duas ou mais classes de medicamentos anti-hipertensivos. No geral, 14,1% tinham baixa adesão e 33,7% estavam com a pressão arterial acima dos níveis ideais. Os autores inferem que a baixa adesão ao tratamento contribui para o descontrole da pressão e, conseqüentemente, o aparecimento de resultados adversos, como as complicações (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2009).

Ao identificar os fatores intervenientes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo que contribuíram para o surgimento do AVC, no Ceará, os autores constataram que os fatores que interferiram foram sexo masculino (61,4%), idade maior que 60 anos (48%), antecedentes familiares de HAS (32%) e presença de morbidades (37,3%). Além da baixa escolaridade (72%), estado civil solteiro (24%), renda familiar até um salário mínimo (52%), relação profissional-paciente insatisfatória (14,6%), falta de medicamentos no centro de saúde (38,6%), difícil acesso (6,6%), uso de vários medicamentos anti-hipertensivos (28%) e presença de efeitos colaterais (22,6%) (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

O tempo de diagnóstico é outra variável presente na escala de predição, a qual teve 100% de concordância entre os *experts*. Ela influencia na adesão ao tratamento, como mostrou um estudo realizado em São Paulo com pacientes diabéticos, no qual a prevalência de adesão nos pacientes com até cinco anos de diagnóstico foi de 80% e para aqueles com tempo superior a cinco foi de 77,4% (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

A adesão ao tratamento da HAS tende a diminuir com o aumento do tempo de diagnóstico, devido, principalmente ao caráter crônico desta doença (SBC;SBH;SBN, 2010). Estudo realizado com adultos Diabéticos, no Pará, verificou correlação significativa entre o tempo de diagnóstico e a adesão ao tratamento, sugerindo que quanto maior o tempo em que o paciente foi diagnosticado, menor é a adesão, elevando os níveis de hemoglobina glicada e facilitando o desenvolvimento de complicações (RAMOS; FERREIRA, 2011).

Por outro lado, em estudo realizado com pessoas hipertensas, atendidas em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau, Santa Catarina, Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) encontraram que o tempo médio de tratamento foi menor para os pacientes classificados como não aderentes quando comparado com aqueles que aderiam ao tratamento.

Apesar dos resultados dos estudos serem controversos, sabe-se que esses fatores influenciam na adesão ao tratamento, confirmando a importância das variáveis preditoras “número de medicamentos em uso” e “tempo de diagnóstico médico da hipertensão” na escala validada, em que a utilização de mais do que quatro medicamentos é indicativa para a não adesão e o tempo de diagnóstico maior do que 10 anos influenciam no desenvolvimento de complicações.

Em relação à variável depressão, esta foi validada por 87,5% dos *experts* na primeira rodada e 100% na segunda, corroborando com um estudo realizado com 4.352 sul-africanos para verificar a associação entre HAS e depressão, o qual encontrou que 53,3% dos hipertensos tinham mais do que 50 anos, 72% eram mulheres, 42% eram tabagistas ou ex-tabagistas, 52,5% apresentaram anteriormente um a dois eventos traumáticos durante a vida, 11,9% relataram de três a quatro e 18,5% cinco ou mais eventos (GRIMSRUD *et al.*, 2009).

A vivência de eventos depressivos aumenta as chances da progressão das DC e, quando associados, piores são os agravos e desfechos (BOING *et al.*, 2012). Além disso, as manifestações no humor, como a ansiedade e depressão estão relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos inadequados para pessoas com cardiopatias, como comer compulsivamente, fumar, não realizar atividades físicas, ingerir bebidas alcoólicas e não aderir ao tratamento (BAUTISTA *et al.*, 2012).

Ao verificar os fatores de risco modificáveis em pessoas com HAS, Muriel e colaboradores (2006) encontraram antecedentes de IAM, DM, hipercolesterolemia, obesidade e estresse, os quais foram associados como fatores de risco para a gênese da HAS.

O estresse e outras desordens psicológicas são responsáveis por uma grande parte das enfermidades e dentre elas a HAS, principalmente porque o estresse contribui para o aumento do ritmo cardíaco, da pressão arterial e, conseqüentemente, o risco do desenvolvimento de complicações (FONSECA *et al.*, 2009).

A literatura discorre sobre a correlação entre transtornos mentais e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os fatores de risco para a HAS, por exemplo, possuem componentes psicossociais como a obesidade, consumo de álcool, sódio e sedentarismo que contribuem para a elevação da pressão (PASSOS, 2006; SANTOS, 2007).

O estresse estimula o sistema nervoso simpático e afeta os níveis pressóricos, por elevar a frequência cardíaca e a força de contração do coração, assim como a resistência periférica, elevando o risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (QUINTANA, 2011).

Ao analisar a associação entre a depressão e DC em pacientes adultos, em Florianópolis, Santa Catarina, Boing e colaboradores (2012), observaram que a presença de depressão era maior entre as pessoas com mais de uma DC e sua ocorrência possuía relação proporcional. Além disso, quando associadas, piores

tendem a ser as complicações e desfechos. Ainda, segundo Moser *et al* (2011), a ansiedade pode se configurar em um preditor de doenças coronarianas.

Em estudo realizado por Ulbrich (2015) com 387 hipertensos, as variáveis ansiedade e depressão foram constatadas a partir da aplicação das escalas Beck, o que possibilitou a verificação de que 17,6% e 17,9% dos participantes possuíam respectivamente depressão e ansiedade além do nível leve. E quando verificada a associação entre complicações e depressão, os resultados foram estatisticamente significantes, mostrando que a depressão influencia no desenvolvimento de complicações.

A presença de depressão pós IAM também pode elevar o risco de eventos cardíacos graves (BUSH, *et al*, 2001). A HAS, que também é fator de risco para outras doenças do aparelho circulatório, ocorre mais em pacientes com sintomas depressivos e ansiosos (JONAS; LANDO, 2000). Em estudo realizado com 430 pacientes que apresentavam angina instável, foi realizada a aplicação do questionário de depressão de Beck e evidenciou-se que 41,4% dos pacientes possuíam depressão e estes eram mais propensos a experimentar o IAM, fatal ou não ( $p < 0,001$ ). Além disso, a depressão influenciou na fração de ejeção ventricular à esquerda e no número de vasos coronarianos doentes (LESPÉRANCE, *et al.*, 2000).

Um estudo realizado em São Luís, no Maranhão, para verificar os fatores de riscos modificáveis para doenças cardiovasculares em mulheres hipertensas, verificou que os fatores relevantes foram baixo nível de colesterol *High Density Lipoproteins* (HDL) e a inatividade física, presente em mais de 80% dos pacientes, seguidos de estresse, HAS e obesidade em mais de 70% dos casos (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011).

Tendo em vista esses achados, faz-se necessário que os serviços de saúde atuem em políticas e ações para o atendimento da população com esse perfil, pois o acompanhamento dos fatores emocionais como ansiedade, depressão e estresse pode levar o paciente a ter uma melhor qualidade de vida, podendo minimizar os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações (QUINTANA, 2011).

Assim, destaca-se a importância dos serviços e da atenção dos profissionais de saúde às pessoas com HAS, com o objetivo de identificar os pacientes com risco para o desenvolvimento de uma complicação e conseqüentemente auxiliá-los no gerenciamento de cuidados, para evitá-las ou postergá-las (ULBRICH, 2015).

Nesse sentido, a variável “depressão” presente na escala de predição Ulbrich e Mantovani (Ulbrich, 2015), faz-se necessária, uma vez que, por meio desta, é possível identificar os pacientes que possuem o diagnóstico e elencar ações para minimizar os efeitos sobre a pressão arterial, infere-se que desta maneira é possível reduzir o risco para o desenvolvimento de complicações associadas.

A variável “Classificação de Risco na Unidade de Saúde” foi considerada adequada por 71,9% dos especialistas na primeira rodada e por 100% na segunda. Esta variável pode proporcionar facilidades aos profissionais de saúde na condução da terapêutica, essencialmente porque as pessoas possuem diferentes necessidades que variam conforme o risco e conhecer a estratificação de cada paciente auxilia as equipes da atenção primária a adequar as ações de cuidado, tanto individuais como coletivas, utilizando adequadamente os recursos disponíveis (BRASIL, 2014b).

No Paraná e Santa Catarina, a classificação utilizada é a proposta pela Diretriz Brasileira de Hipertensão, a qual leva em consideração fatores de risco cardiovasculares como níveis pressóricos, idade, tabagismo, dislipidemia – triglicérides, HDL e *Low Density Lipoproteins* (LDL), DM, idade (homens com mais de 55 e mulheres com mais de 65 anos e o histórico familiar precoce, além das lesões em órgãos alvo e condições clínicas associadas, como doença cardiovascular ou renal (CURITIBA, 2004; SBC;SBH;SBN, 2010).

Esta classificação também permite verificar a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular nos próximos 10 anos. Nos indivíduos com baixo risco, a possibilidade de ocorrência é inferior a 15%, naqueles com médio risco é de 15% a 20%, nos de alto risco é de 20% a 30% e superior a 30% nos de muito alto risco (CURITIBA, 2004).

Em Belo Horizonte, a classificação utilizada é a proposta pela *European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology*, que leva em consideração os estágios da HAS, fatores de risco como o tabagismo, dislipidemia, idade maior do que 55 anos para os homens e maior que 65 para as mulheres, história de doença cardiovascular, obesidade e DM, além da presença de lesões em órgãos alvos e condições clínicas associadas (MANCIA *et al.*, 2007; BELO HORIZONTE, 2011).

Outra forma de estratificar o risco cardiovascular é por meio da escala de Framingham, de acordo com a faixa etária, sexo, valores da PAS, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, tabagismo e diagnóstico de DM, sendo possível estimar o risco para uma complicação cardiovascular em 10 anos, o qual

pode ser classificado como baixo quando a probabilidade é menor do que 10%, médio quando a estimativa está entre 10% e 20% ou alto, em que a possibilidade é maior do que 20% (MASSIRONI, 2008; CESARINO *et al.*, 2013).

As ferramentas disponíveis para a estratificação de risco baseiam-se em dados facilmente coletados e permitem a identificação das pessoas com maior potencial para o desenvolvimento de complicações, o que facilita a instituição de medidas benéficas para sua prevenção (KAISER, 2010). Na avaliação do paciente com HAS, a estimativa do risco cardiovascular é essencial, pois auxilia na conduta terapêutica e no prognóstico de cada paciente (BRASIL, 2006a).

A classificação de risco é um dos componentes da escala de Ulbrich e Mantovani, que atribui pontuação 18 para o moderado, alto e muito alto risco, que somado à presença de outras variáveis, permite verificar a probabilidade de desenvolver complicações e por meio desta instituir ações de cuidado específicas para cada grupo de risco.

As ações para o gerenciamento do cuidado na escala foram divididas conforme a classificação de risco. As ações para o baixo, moderado, alto e muito alto risco foram validadas com 93,8%, 87,5%, 78,1% e 84,4% de concordância entre os experts, respectivamente, na primeira rodada; na segunda as ações para baixo e moderado risco tiveram concordância de 96,2% entre os experts e as de alto e muito alto risco de 100%.

Todos os grupos contemplam consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e reclassificação anual. A partir do baixo risco, estão inseridas, também, ações como o contato telefônico e pactuação de metas, com frequências que variam conforme o nível de risco.

O Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM (2001), indica a realização de consultas de enfermagem para abordar fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências na terapêutica, elas são recomendadas com foco preventivo, sem estipular o mínimo necessário (BRASIL, 2001).

Aos pacientes não aderentes, com dificuldades no controle dos níveis pressóricos e com lesões em órgãos alvo e/ou comorbidades, o plano sugere consultas médicas mensais. Para aqueles com pressão controlada, mas que apresentam lesões em órgãos alvo e/ou comorbidades, são previstas consultas

trimestrais. E consultas a cada seis meses para os pacientes com níveis pressóricos controlados e sem lesões em órgãos alvo ou comorbidades (BRASIL, 2001).

É função da equipe de saúde na atenção primária detectar as pessoas que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de complicações, de forma a iniciar o acompanhamento dos indivíduos que possuem HAS ou outras DC e tratá-los precocemente. Detectado o diagnóstico de HAS, é necessária a inserção do paciente na agenda de consultas, a qual é uma estratégia que permite a continuidade do cuidado e o estabelecimento de vínculo (PARANÁ, 2014).

No Paraná, é prevista a estratificação de risco como estratégia para o planejamento de ações, a qual deve ser realizada anualmente. Para o grupo de baixo risco são propostas ações por meio de consulta médica e de enfermagem anuais para a prevenção primária e investigação quanto à presença ou desenvolvimento de outros fatores de risco, como o descontrole dos níveis pressóricos, indicadores nutricionais de peso e circunferência abdominal, glicemia e lipídeos. Para pessoas acima do peso e com dificuldade de manter os níveis pressóricos, são indicadas outras atividades na unidade de saúde, como grupos de reeducação alimentar, atividade física, educação em saúde, entre outros (PARANÁ, 2014).

Para os pacientes de moderado risco, as consultas médicas e de enfermagem são preconizadas semestralmente, enquanto que os atendimentos com a equipe de enfermagem podem ser trimestrais; já para os de risco muito alto e alto são preconizadas consultas médicas e de enfermagem quadrimestrais e bimestrais com os auxiliares de enfermagem (PARANÁ, 2014). Na escala Ulbrich e Mantovani, as consultas para o grupo de moderado risco foram indicadas no mínimo três vezes ao ano e para o alto e muito alto risco este intervalo foi reduzido para permitir melhor acompanhamento dos pacientes (ULBRICH, 2015).

A linha de Cuidados HAS e DM também prevê, para pacientes com os níveis pressóricos não controlados, consultas médicas e de enfermagem intercaladas, para aqueles de baixo risco, consulta médica anual e intercalada com a consulta de enfermagem, bem como grupo de hipertensos. Para o moderado risco prevê consulta médica semestral, intercalada com a de enfermagem e grupo de hipertensos. Para os de alto risco sugere consulta médica trimestral intercalada com a de enfermagem e grupo para hipertensos (OPAS, 2010).

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem papel importante no acompanhamento do paciente com HAS. Ele atua como educador em saúde nos

grupos de hipertensos, familiares e comunidade; é responsável por desenvolver a consulta de enfermagem a qual permite o diálogo, acolhimento e incentiva o paciente a aderir ao tratamento, tanto farmacológico quanto não farmacológico (BRASIL, 2001; CARVALHO *et al.*, 2011).

A consulta de enfermagem permite a identificação de problemas, a prescrição e implementação de medidas que contribuem para a promoção, proteção, recuperação e/ou reabilitação do paciente; é uma tecnologia que pode facilitar a compreensão dos pacientes com DC, melhorar a adesão ao tratamento e desenvolver o gerenciamento do cuidado (BENTO; BROFMAN, 2009).

Não há um consenso sobre o número de consultas médicas e de enfermagem necessárias aos pacientes com HAS na literatura, porém sabe-se que estas são benéficas para auxiliar no controle da doença e na prevenção do desenvolvimento de complicações.

Junto às consultas médicas e de enfermagem, as visitas domiciliares dão subsídios aos profissionais de saúde para empoderar e auxiliar os pacientes na gerência de sua saúde (ULBRICH, 2015). O acompanhamento domiciliar proporciona maior envolvimento do profissional com o paciente e seu plano terapêutico, facilitando o alcance dos objetivos e metas estipuladas, além disso, viabiliza à equipe de saúde trabalhar de acordo com a realidade de cada paciente (GAIO *et al.*, 2013).

Essas informações vão ao encontro de um estudo de caso realizado com 27 mulheres hipertensas em Minas Gerais, as quais apesar de reconhecerem a importância das atividades em grupo, atribuíram maior importância à atenção individualizada e no domicílio. Esse fato pode ser atribuído ao direcionamento do processo de educação de acordo com as dificuldades particulares de cada participante e do grupo familiar. As visitas domiciliares para este grupo de mulheres permitiu o fortalecimento do vínculo, facilitando a corresponsabilização com o seu cuidado (RIBEIRO *et al.*, 2012).

O grupo que recebeu as visitas domiciliares apresentou melhoras estatisticamente significantes na avaliação clínica pela redução dos valores de Índice de Massa Corporal (IMC), PAS, circunferência abdominal e glicemia, enquanto o grupo que não recebeu as visitas teve redução somente na circunferência abdominal (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Segundo Mantovani, Mottin e Rodrigues (2007), as atividades educativas e as visitas domiciliares são importantes por possibilitarem a manutenção dos níveis

pressóricos por meio de ações periódicas com o paciente. O seu impacto é difícil de ser mensurado, embora saiba-se que contribuem para a redução ou postergam o desenvolvimento de complicações associadas às DC.

Ao avaliar e acompanhar pacientes hipertensos por meio de visitas domiciliares, Gaio *et al* (2013) perceberam que essas ações proporcionaram melhoras nos níveis pressóricos ao aumentarem o conhecimento e as atitudes positivas dos pacientes frente à terapêutica, e os profissionais de saúde passaram a compreender e considerar as crenças, valores e modo de viver destes.

A visita domiciliar faz parte do eixo III, cuidado integral, do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil e é uma das ações da segunda estratégia deste eixo, que se baseia em fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT. O objetivo é promover o desenvolvimento e implementação de políticas efetivas e sustentáveis para a prevenção e controle das DCNT e fatores de risco, fortalecendo os serviços de saúde para o atendimento de pessoas com DC (BRASIL, 2011).

O acompanhamento periódico de pacientes com hipertensão para informá-los sobre a doença e tratamento por meio da educação em saúde é necessário para evitar complicações. A adesão ao tratamento da HAS é complexa, desta forma requer o envolvimento constante e participação ativa dos pacientes visando à prevenção e promoção à saúde (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

A visita domiciliar, como ferramenta de assistência à saúde, é um espaço para orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que o paciente e a família tenham condições de tornarem-se corresponsáveis pelo cuidado. Para isso, é necessário que o processo de comunicação entre profissionais, pacientes e familiares seja horizontal, que todos interajam da mesma maneira e tenham suas opiniões valorizadas durante o planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde (CRUZ; BOURGET, 2010).

Corroborando, um estudo exploratório desenvolvido em um município do estado de São Paulo, buscou identificar a percepção de enfermeiras sobre a visita domiciliar na Estratégia da Saúde da Família e constatou que estas percebem a visita como uma possibilidade de criação de vínculo e de assistência integral ao paciente e familiares. A visita domiciliar aproxima, pois é menos formal que uma consulta e proporciona liberdade para conversar sobre as reais necessidades (SANTOS; MORAIS, 2011).

Outro estudo que analisou as modalidades de atenção domiciliar, discutindo a inserção da enfermagem em operadoras de planos de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, constatou que os profissionais de enfermagem inserem-se em todas as modalidades de atenção domiciliar (modalidade de cuidados prolongados no domicílio; de atenção provisória no domicílio; de intenso uso de tecnologias e de cuidados), mas atuam principalmente no gerenciamento de casos crônicos, com o acompanhamento por meio de visitas domiciliares ou de telemonitoramento (SILVA *et al.*, 2012). Esta proposta vai ao encontro da escala validada, a qual prevê o acompanhamento domiciliar e por meio de contato telefônico.

A visita domiciliar, no contexto da atenção primária, corrobora com a proposta de gerenciamento do cuidado, o qual inclui o acompanhamento do paciente em diferentes locais como hospitais, ambulatórios especializados, centro de enfermagem, atenção domiciliar, entre outros (GONZALES, *et al.*, 2003).

Corroborando com a literatura norte-americana, a qual cita programas como o *Carelink*, utilizado pelas empresas de saúde para auxiliar pacientes na autogestão das condições crônicas por meio de visitas domiciliares, intervenções de enfermagem, educação em saúde e o monitoramento dos pacientes (LUZINSKI, *et al.*, 2008).

Outra ação de cuidado proposta pela escala são as atividades de educação em saúde indicadas, no mínimo, semestralmente para pacientes com baixo e moderado risco e no mínimo quatro vezes ao ano para os de alto e muito alto risco. A educação em saúde favorece o controle da pressão arterial, pois por meio dela é possível orientar o paciente sobre o seu tratamento, tornando-o coparticipante ativo no cuidado, evitando ou postergando o desenvolvimento de complicações. Nesse sentido, o enfermeiro como educador pode adaptar as informações de acordo com as necessidades e particularidades de cada paciente, incluindo também os familiares nesse processo (PAIVA; BERUSA; ESCUDER, 2006; RIBEIRO, *et al.*, 2012; BRANCO, *et al.*, 2013).

As atividades educacionais para pacientes com DC devem ser realizadas de forma contínua, por meio de ações individuais e coletivas, no ambiente hospitalar ou domiciliar e devem atender as necessidades de cada um. O enfermeiro como integrante da equipe de saúde na atenção primária tem papel importante no acompanhamento desses pacientes ao utilizar a educação em saúde para sensibilizar o processo de mudança dos hábitos proporcionando melhora na qualidade de vida (BRANCO, *et al.*, 2013).

Estudo realizado por Ulbrich e Mantovani (2014) mostrou que após intervenções educativas em um grupo de hipertensos e diabéticos, estes demonstraram autonomia no seu processo de cuidar, respeitavam as orientações fornecidas pelos profissionais e as adaptavam para o seu cotidiano.

A prevenção de complicações em pessoas com hipertensão deve ter como foco os fatores de risco, desta forma, o enfermeiro pode realizar ações educativas com o paciente, comunidade e familiares, pois este é um constante educador em saúde e por meio de suas práticas é possível que os pacientes adquiram hábitos saudáveis e não evoluam para uma complicação (MENEZES; GOBBI, 2010).

Um estudo realizado com o objetivo de identificar os fatores de risco e complicações associadas presentes em usuários com hipertensão ou diabetes, cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos em Fortaleza, Ceará, percebeu a necessidade da promoção de atividades de educação em saúde com os usuários, a fim de minimizar a incidência de complicações associadas (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Outro estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, que buscou analisar a prática de educação em saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família, evidenciou que as ações educativas permitiram a troca de experiências entre os pacientes e mudanças no estilo de vida por meio da reflexão acerca da doença e a busca por um método terapêutico adequado para a realidade (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Para verificar a eficácia de uma proposta de educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da HAS, Oliveira *et al.* (2013) realizaram grupos de educação em saúde com 216 hipertensos e constataram que houve mudança estatisticamente significativa no consumo de legumes, adoção da prática de atividades físicas, redução do IMC, da circunferência abdominal e controle dos níveis pressóricos, demonstrando que as atividades de educação em saúde foram eficazes no incentivo à adesão ao tratamento.

Ao explorar os efeitos de uma intervenção de educação em saúde no conhecimento dos pacientes hipertensos sobre o AVC em Taiwan, Tang *et al.* (2015) verificaram que o grupo experimental teve maior conhecimento sobre essa complicação após as intervenções educativas realizadas por meio de impressos e utilização de *Cd-Rom* nas salas de espera para as consultas.

Programas de educação podem ser úteis para melhorar os resultados em saúde de pacientes com DC, assim como mostrou um estudo que objetivou avaliar as estratégias educativas em uma comunidade de hipertensos com baixo nível socioeconômico na cidade de Dongguan, na China, o qual detectou um aumento de indivíduos com a pressão arterial normalizada, melhor nível de conhecimento sobre a doença, adesão ao tratamento, diminuição do IMC e dos lipídios séricos (LU *et al.*, 2015).

A partir do grupo de baixo risco para o desenvolvimento de complicações, a escala Ulbrich e Mantovani prevê o acompanhamento dos pacientes por meio do contato telefônico. A interação entre os profissionais de saúde e os pacientes com DC pode ser produtiva à medida que os atendimentos sejam feitos de forma presencial, nas consultas, atividades de educação em saúde, entre outras, e não presenciais, por meio do contato telefônico ou correio eletrônico (MENDES, 2011).

O acompanhamento de pacientes por meio de telefonemas é uma forma rápida e fácil, que pode aumentar a confiança dos pacientes em sua habilidade de participar das decisões sobre sua saúde e cuidados, especialmente se esta ação estiver complementando as atividades de educação em saúde (MENDES, 2011).

Alguns países utilizam a ferramenta *callcenter* para acompanhar pacientes que precisam de atendimento diferenciado, como após a alta hospitalar decorrente da agudização ou por complicações das DC e para acompanhar pessoas que estão com dificuldades em autocuidar-se. É uma ação simples que auxilia o profissional de saúde saber se o paciente está com dificuldades no tratamento, se obteve progresso ou para reorientar o plano de cuidados. Permite, também, avaliar o comparecimento às consultas, exames, medicamentos e ainda pode ser um potente instrumento para a educação em saúde (BRASIL, 2013).

Estudo realizado por Page *et al.*, (2015) apresentou os resultados de um modelo de gestão de cuidados implementados em sete centros de saúde para 10.000 pacientes diabéticos na Flórida, o qual consistiu em ligações telefônicas para estes lembrando-os dos agendamentos, fornecimento de orientações clínicas relevantes e instituição de metas para otimizar a autogestão. Após a implementação do modelo, os pacientes foram acompanhados regularmente e houve melhora nos resultados de exames laboratoriais.

Algumas empresas norte-americanas de seguro saúde realizam o acompanhamento de pacientes via telefone, *internet* ou vídeoconferência, 24 horas

por dia, objetivando diminuir reinternações por piora no quadro clínico ou a ocorrência de complicações em pacientes com DC, reduzindo os gastos em saúde (BOULT; WIELAND, 2010).

Um estudo longitudinal, retrospectivo realizado com 283 hipertensos em São Paulo avaliou a adesão ao tratamento medicamentoso por meio do Teste de Morisky-Green e identificou variáveis relacionadas. Os pacientes foram acompanhados por um programa de gestão de DC durante 17 meses. As atividades foram realizadas por enfermeiras e consistiram em orientações por contato telefônico e visitas domiciliares com periodicidade que dependia da estratificação de risco. Após as intervenções, verificou-se aumento significativo na adesão ao tratamento e diminuição nos níveis pressóricos (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Os sistemas de telemonitorização podem ser benéficos para acompanhar pacientes com HAS, pois permitem a tomada de decisões de forma rápida e prática, o alcance de metas a curto e médio prazo, bem como melhora na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SIVAKUMARAN; EARLE, 2014).

Estudo realizado na Itália para avaliar a eficácia de um serviço de telemedicina para pacientes com HAS não controlada incluiu 74 pacientes no grupo caso e 94 para os cuidados habituais. Os pacientes do grupo caso foram acompanhados por um médico e uma enfermeira por meio de consultas telefônicas e também receberam um dispositivo para aferir a pressão que transmitia a leitura para uma central de dados. Ao final do estudo, os pacientes acompanhados pelo serviço de telemedicina tiveram uma redução da PAS de  $153 \pm 19$  mmHg para  $130 \pm 15$  mmHg ( $p < 0,0001$ ) e da PAD de  $89 \pm 10$  mmHg para  $76 \pm 11$  mmHg ( $p < 0,0001$ ), demonstrando que o acompanhamento por meio de telefone pode melhorar os resultados de pacientes com HAS não controlada (BERNOCCHI *et al.*, 2014).

Os pacientes que apresentam uma DC e seus familiares, convivem com problemas e dificuldades por longo tempo, por isso é necessário que estejam informados sobre suas condições e motivados a cumprirem com o seu plano terapêutico. Nesse sentido, o contato telefônico proposto pela escala de predição é uma das formas de acompanhar o paciente, monitorizar o plano de cuidados e avaliar se as metas estão sendo alcançadas, estimulando-os a persistirem na terapêutica proposta, entendendo os riscos da doença e os benefícios do seu controle (BRASIL, 2014b).

A pactuação de metas é prevista pela escala nos grupos de moderado, alto e muito alto risco para o desenvolvimento de complicações. No âmbito das DC, a mudança de comportamento é processual e existem estratégias que facilitam esse processo. Dessa forma, é importante que os pacientes conheçam a si mesmos e saibam quais as possibilidades de tratamento e metas do cuidado precisam ser alcançadas. No município de Curitiba, Paraná, a pactuação está prevista como auxílio para a experiência do autocuidado apoiado, em que os pacientes podem compartilhar sugestões e auxiliar na tomada de decisões (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

O profissional de saúde tem o papel de informar o paciente e estimulá-lo à problematização, fazendo com que este se torne ativo no seu cuidado. Para isso, é importante que metas sejam pactuadas de comum acordo, sempre buscando entender a particularidade de cada paciente e as barreiras enfrentadas na mudança de comportamento, pois metas que podem ser fáceis para alguns, não são para outros (BRASIL, 2014b).

A pactuação de metas pode ser realizada nas consultas, em momentos reservados para educação em saúde ou em visitas domiciliares. As atividades e prazos estabelecidos nas metas devem ser factíveis e terem o assentimento do paciente. O profissional que apoia o paciente nesse processo tem o papel de auxiliá-lo na identificação e reflexão sobre as dificuldades e potencialidades para realizar mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2014b).

Estudo realizado no Paraná identificou que tecnologias como os protocolos auxiliam nas orientações, estipulações de metas, avaliações e acompanhamento dos pacientes pelos gerentes de caso. Assim, a utilização destes no cuidado viabiliza o monitoramento compartilhado das metas pactuadas, sendo possível visualizar o progresso obtido e as dificuldades encontradas, assim como incentivar a busca por novas maneiras de alcançar os objetivos propostos em parceria, evitando ou postergando o aparecimento de complicações e hospitalizações decorrentes destas patologias (MATTEI *et al.*, 2014).

A Linha de Cuidados HAS e DM cita o diálogo e a pactuação de metas terapêuticas com o paciente em cada consulta como estratégia de prevenção de complicações associadas às DC, que podem ser implementadas na atenção primária (OPAS, 2010).

A criação de um plano de cuidado e metas com vistas ao gerenciamento do cuidado requer a participação do paciente com HAS e do profissional de saúde. Estas ações provêm da educação em saúde individualizada com intuito de que o paciente reconheça, compreenda e conscientize-se a respeito da terapêutica e de sua situação de adoecimento (BALDUINO *et al.*, 2013).

O Departamento Inglês de Saúde orienta o planejamento do cuidado, em que o paciente com uma DC entra em contato com o enfermeiro ou outro profissional de saúde, realiza a discussão do seu plano de cuidados, implementa-o de forma escrita ou eletrônica (via *e-mail*) e marca um novo encontro para revisar as metas. Esse processo permite a tomada de decisões compartilhadas, apoia o paciente a gerenciar sua própria condição e promove o cuidado com base na literatura científica (NEWBOULD *et al.*, 2012).

Outro modelo norte-americano que prevê a realização de um plano de cuidados e o estabelecimento de metas é o 4G, que ocorre em quatro etapas. Na primeira o profissional auxilia o paciente a isolar o seu problema ou dificuldade por meio dos cinco W, *What? When?, Where?, Who?, Why?*, posteriormente o profissional o auxilia a entender seus problemas e estabelecer metas, na terceira etapa são explicadas as opções de cuidado e tratamento para que o paciente escolha algumas opções e, por último, é realizado o acompanhamento e se necessário revisão dos problemas e metas (STUHMILLER; TOLCHARD, 2012).

Outros estudos internacionais também avaliaram os benefícios da utilização de acordos ou metas com pacientes que possuíam alguma DC e constataram que por meio delas é possível reduzir custos em saúde e melhorar o estado clínico dos pacientes, fazendo-os corresponsáveis pelo cuidado (ROCCO, *et al.*, 2011; ALLEN, *et al.*, 2012;)

A definição de metas e o planejamento do tratamento com os pacientes hipertensos e seus familiares também é uma das estratégias para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso com o objetivo de reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A limitação desta pesquisa foi com relação à demora de devolução das análises estatísticas entre as rodadas, fato que dificultou a elaboração do *feedback* e postergou a finalização do processo de validação, o qual teve duração aproximada de cinco meses, o que pode ter motivado a desistência dos participantes na segunda rodada e na reunião de consenso.

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu verificar que o emprego de critérios rigorosos para a seleção de *experts* reflete diretamente na qualidade dos resultados obtidos em um processo de validação e, apesar de existirem na literatura alguns critérios específicos, cada autor necessita adequá-los com seu objeto de estudo, para que a amostra de especialistas seja compatível ao que se pretende validar, tendo em vista que os resultados de um estudo de validação são reflexos da experiência e conhecimento dos *experts* selecionados.

O número de participantes da pesquisa foi adequado de acordo com o que propõe a literatura para a realização de uma técnica Delphi e a abstenção de *experts* na segunda rodada foi menor do que em outros estudos, destacando-se a importância da manutenção do número de especialistas em estudos de validação.

A aplicação da técnica Delphi *online* para a validação do conteúdo da escala de predição Ulbrich e Mantovani foi vantajosa, pois possibilitou a participação de enfermeiros da prática assistencial, pesquisadores e docentes de diferentes regiões do Brasil. Além disso, o *feedback* proposto pela técnica permitiu que todos os participantes avaliassem suas respostas em cada rodada e comparassem com as dos demais, podendo modificar ou não sua opinião nas rodadas subsequentes e as sugestões fornecidas por esse processo foram úteis para promover melhorias na escala.

Ressalta-se a importância da avaliação da consistência do instrumento aplicado aos *experts*, o qual se mostrou confiável para a coleta de dados e o rigor na aplicação da técnica Delphi neste estudo, pois apesar do conteúdo ter sido validado na primeira rodada, optou-se por realizar a segunda, como proposto pela literatura, e para que os *experts* pudessem avaliar a escala após as modificações realizadas.

A escala de predição para complicações da HAS com as ações para o gerenciamento do cuidado teve seu conteúdo validado com excelente IVC, o que demonstra que esta pode ser aplicada com segurança para pacientes hipertensos, pois avalia o que se propõe.

Ela pode ser utilizada como uma tecnologia em saúde para auxiliar no acompanhamento e gerenciamento do cuidado para pacientes com hipertensão, visando minimizar ou postergar o desenvolvimento de complicações. É uma

ferramenta inovadora, pois permite conhecer o paciente, em qual nível de risco este se encontra, auxiliando na tomada de decisões por meio de ações que visem o controle pressórico.

A escala também pode ser utilizada como uma ferramenta nos cursos de graduação em Enfermagem, para instigar os graduandos na utilização de tecnologias de baixo custo para a prevenção de complicações da HAS no nível primário de atenção.

Outra pesquisa precisa ser realizada para verificar a eficácia da utilização da escala, se esta pode ter impactos no desenvolvimento de complicações em longo prazo e se proporciona melhora no atendimento e acompanhamento dos pacientes com hipertensão.

Uma dificuldade encontrada neste processo de validação foi que as variáveis da escala são oriundas de uma pesquisa com pacientes hipertensos e as pontuações são produtos de análise estatística; além disso, os *experts* realizaram muitas sugestões relacionadas à inclusão de outras variáveis, o que dificultou a aceitação destas, mas que podem ser consideradas em futuros estudos.

## REFERÊNCIAS

ALLEN, K.R. *et al.* The promoting effective advance care for elders (PEACE) randomized pilot study: theoretical framework and study design. **Population Health Management.**, v.15, n.2, p.71-1, 2012. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/pop.2011.0004>>. Acesso em: 19/05/2015.

ALMEIDA, M. I. C. *et al.* Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. **Rev. Enferm. Cont.**, v. 2, n.1, p.157-68, 2013. Disponível em: <<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/290>>. Acesso em:05/05/2015.

ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T. S. The practice of the health education in the perception of the diabetic and hypertensive users. **Saúde debate.**, v. 38, n. 101, p. 328-37, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>>. Acesso em: 17/05/2015.

ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, v. 376, n. 9755, p: 1861-8, 2010. Disponível em:<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61853-3/fulltext?\\_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61853-3/fulltext?_eventId=login)> Acesso em: 23/09/2014.

BADIA, X. *et al.* Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). **Clin Ther.**,v.24, n.12, p. 2137-54. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581551>>. Acesso em: 18/05/2015.

BALDUÍNO, A. F. A. *et al.* Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 37-44, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42867>>. Acesso em: 18/05/2015.

BARRETO,M.S.; MARCON,S.S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta paul. Enferm**, São Paulo , v. 26, n. 4, 2013 . Disponível em :< <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400003>>. Acesso em: 09/10/2014.

BASTOS-BARBOSA, R.G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 99, n. 1, p. 636-641, July 2012 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012001000009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23/04/2015.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p. 181-191, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1531.pdf>>. Acesso em: 20/03/2014.

BAUTISTA, L. E. *et al.* Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. **Am J Hypertens.**, v. 25, n. 4, p. 505-511, apr. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588114/>. Acesso em: 25/04/2015.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety. **J Consult Clin Psychol.**, v. 56, n. 6, p. 893-97, dec. 1988.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular**. 2011. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo\\_hipertenso.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_hipertenso.pdf)>. Acesso em: 05/05/2015.

BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-89, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3357.pdf>>. Acesso em: 01/04/2014.

BENTO, V. F. R.; BROFMAN, P. R. S. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba-Paraná. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 6, p. 490-96, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n6/a13v92n6.pdf>>. Acesso em: 13/05/2015.

BERNOCCHI, P. *et al.* Home based telemedicine intervention for patients with uncontrolled hypertension: – a real life - non-randomized study. **BMC Med Inform Decis Mak.**, v.14, n.52, p.1-8, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066708/pdf/1472-6947-14-52.pdf>>. Acesso em: 18/05/2015.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10052004-112625/>>. Acesso em: 30/04/2014.

BOAVENTURA, A. P. **Registro de atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar**: validade e aplicabilidade de um instrumento. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000359033&fd=y>>. Acesso em: 30/04/2014.

BOING, A. F. *et al.* Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/aop3321.pdf> . Acesso em: 25/04/2015.

BORGES J. W. P. *et al.* Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n. 5, p.1077-83, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt\\_0080-6234-reeusp-47-05-1076.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1076.pdf)> . Acesso em: 21/04/2015.

BOULT, C.; WIELAND, G.D. Comprehensive Primary Care for Older Patients With Multiple Chronic Conditions. **JAMA.**, v. 304, n.17, p.1936-43, 2010. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186810>>. Acesso em: 18/05/2015.

BRANCO, C.S.N. *et al.* Consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. Cont.** v.2, n.1, p.196-208, 2013. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7CZPGtPy\\_nwJ:www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/232/228+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&q=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7CZPGtPy_nwJ:www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/232/228+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&q=br)>. Acesso em: 13/05/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**, 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>> . Acesso em: 13/05/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf)>. Acesso em: 24/09/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prioridades de pesquisa em saúde: Ministério da Saúde** – Decit 2006b: caderno 1 – editais temáticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa\\_Saude/tela1.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela1.html)>. Acesso em: 02/05/2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.1, 2009a. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100028>>. Acesso em: 30/04/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009b. Disponível em: < <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>>. Acesso em: 30/06/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/404.html>>. Acesso em: 20/03/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento\\_norteador\\_cronic\\_s.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_norteador_cronic_s.pdf)>. Acesso em: 22/10/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 28/08/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito**

telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/morbidade/Vigitel-2013.pdf>. Acesso em: 30/04/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_crônica\\_cab35.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf)>. Acesso em: 18/05/2015.

BROOKS, K. W. Delphi technique: Expanding applications. **North Central Association Quarterly**, v.54, n.3, p. 377-85, 1979. Disponível em: <http://eric.ed.gov/?q=Delphi+technique%3a+Expanding+applications&id=EJ206895>>. Acesso em: 10/06/2014.

BULPITT, C. J.; FLETCHER, A. E. The measurement of quality of life in hypertensive patients: a practical approach. **Br. J. clin. Pharmacol.**, v.30, p. 353-64, 1990. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2125.1990.tb03784.x/pdf>>. Acesso em: 25/03/2014.

BUSH, D.E. *et al.* Even Minimal Symptoms of Depression Increase Mortality Risk after Acute Myocardial Infarction. **Am J Cardiol.**, n. 88, p.337-41, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11545750>>. Acesso em: 29/04/2015.

CARVALHO, R.V.C. **Previsão tecnológica a médio/longo prazos sobre a evolução das propriedades e de mercado dos polímeros de engenharia**. Dissertação (Mestrado em Engenharia Química-Campinas, SP: [s.n.], 2011. 253 p. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000802770>>. Acesso em: 16/06/2014.

CARVALHO, A.K.M. *et al.* Hypertensive patients's perception on nurse visiting through the family health program. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.3, p.341- 47, 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/43>>. Acesso em: 13/05/2015.

CESARINO, C.B. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 1, p. 101-107, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12/05/2015.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; HASS, V.J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22/04/2015.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol**, v. 39, n. 3, 1999. Disponível em: <<http://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/questionc3a1rio-de-qualidade-de-vida-sf36-traduc3a7c3a3o-e-validac3a7c3a3o.pdf>>. Acesso em: 18/01/2014.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ – **Material de Apoio Oficina: Vigilância em Saúde: Promoção da Saúde – Prevenção a Doenças e Outros Agravos**, 2011, Curitiba. Anais da 10ª CES/PR, 2011. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Plano Nac de Enfrentamento de DCNT Resumo.PDF](http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Plano%20Nac%20de%20Enfrentamento%20de%20DCNT%20Resumo.PDF)>. Acesso em: 23/03/2014.

COOPER, D. R.; SCHINDLER P. S. **Métodos de pesquisas em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CRUZ, M.M.; BOURGET, M.M.M. Home Visiting in the Family Health Strategy: investigating families' perceptions. **Saúde Soc.**, v.19, n.3, p.605-13, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14/05/2015.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Protocolo de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/saude-adulto/hipertensao-arterial>>. Acesso em: 05/05/2015.

CUSTER, R. L.; SCARCELLA, J. A.; STEWART, B. R. The modified Delphi technique: A rotational modification. **Jour. of Voc. and Tec. Ed.**, v.15, n. 2, p. 1-10, 1999. Disponível em: <<http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JVTE/v15n2/custer.html>>. Acesso em: 24/06/2014.

DALKEY, N. C. **The Delphi method: An experimental study of group opinion**. In: Dalkey, N.C.; Rourke, D.L.; Lewis, R.; *et al.* (Eds.). *Studies in the quality of life: Delphi and decision-making* Lexington, MA: Lexington Books. p. 13-54, 1972. Disponível em: <[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_memoranda/RM5888/RM5888.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/RM5888/RM5888.pdf)>. Acesso em: 26/06/2014.

DALKEY, N.C.; HELMER, O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. **Manage. Sci**, n.9, v.3, p. 458–67, 1963. Disponível em: <[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_memoranda/2009/RM727.1.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2009/RM727.1.pdf)>. Acesso em: 26/06/2014.

DELBECQ, A. L.; VAN DE VEN, A. H.; GUSTAFSON, D. H. **Group techniques for program planning**. Glenview, IL: Scott, Foresman, and Co, 1975. Disponível em :< <https://docs.google.com/a/umn.edu/viewer?a=v&pid=sites&srcid=dW1uLmVkdXxhdmFuZGV2ZW58Z3g6NWEyNTJkMWZiNzA3MGMzYw>>. Acesso em: 10/03/2014.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ESPERANDIO, E.M. *et al.* Prevalence and factors associated with hypertension in the elderly from municipalities in the Legal Amazon region, MT, Brazil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 16, n. 3, p. 481-93, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a07.pdf>>. Acesso em: 30/04/2015.

FACHADO, A. A. *et al.* Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). **Acta Med Port** . v.20, p.525-33,2007. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9640/1/adapta%C3%A7%C3%A3o%20MOS.pdf>>. Acesso em: 22/10/2014.

FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de Enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v. 31, n.1, p. 259-73, ago., 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>>. Acesso em: 25/6/2014.

FEHRING, R. **The Fehring Model**. In: CARROL-JOHNSON R, PAQUETE M. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott,1994. p. 55-62.

FONSECA, R.Z.C.*et al.* The influence of emotional factors on the arterial hypertension. **J Bras Psiquiatr**. v. 58, n. 2, p.128-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>>. Acesso em: 29/04/2015.

FONSECA, A. M. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: levantamento de sua ocorrência em homens atendidos de 2008-2012 em um serviço de urgência e emergência de Passos(MG). **Ciência e Praxis**, v.6, n.12, p.29-34, 2013. Disponível em:

<<http://www.edifesp.fespmg.edu.br/index.php/scientae/article/view/60/76>>. Acesso em: 04/05/2015

FRANZEN, E. **Avaliação da qualidade de vida em cardiopatia isquêmica: validação de instrumentos para uma população brasileira**. p.107. Dissertação, (Mestrado em Cardiologia)-Programa de Pós Graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8328/000573726.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25/08/2014.

GAIO, D. M. *et al.* Importância do cuidado domiciliar de enfermagem para o controle pressórico de pessoas com hipertensão arterial. **R. pesq. cuid. fundam. online**, v.5, n.2, p. 3819-27, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2062/pdf\\_785](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2062/pdf_785)>. Acesso em: 14/05/2015.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28/04/2015.

GIORGI, M.A. Cigarette smoking, arterial hypertension, and renal disease. **Rev. Hipert.**, v. 13, n. 4, 2010. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/pdf/revista\\_hipertensao\\_4\\_2010.pdf](http://www.sbh.org.br/pdf/revista_hipertensao_4_2010.pdf)>. Acesso em: 30/04/2015.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet - Vantagens e Desvantagens. **FEA USP**, v.2, n.2, 2001. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art22/renata.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm)>. Acesso em: 01/05/2014.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n. 6, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05/05/2015.

GONZALES, R. I. C. *et al.* Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 11, n. 2, p. 227-231, Mar. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200013&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em: 17/05/2015.

GREEN, P. J. **The content of a college-level outdoor leadership course.** Paper presented at the Conference of the Northwest District. Association for the American, 1982.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, n. 21, v. 3, p. 703-714, 2005. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/enfsaude/artigos/2005%20Validade%20de%20constructo%20de%20escala%20de%20apoio%20social%20do%20Medical%20Outcomes%20Study.pdf>>. Acesso em: 28/11/2014.

GRIMSRUD, A. *et al.* The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. **Hypertension & Mental Health**, v. 4, n. 5, p. 1-9, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678252/pdf/pone.0005552.pdf>>. Acesso em: 23/04/2015.

GUMUS, A. *et al.* The Effect of Cigarette Smoking on Blood Pressure and Hypertension. **ABCmed**. v.1, n.1, p.08-15. Disponível em: <<http://journals.aiac.org.au/index.php/ABCMED/article/view/636>> . Acesso em: 04/05/2015.

GUSMÃO, J. L.; MION, D.; PIERIN, A.M. Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. **Hipertensão**, v. 8,n. 1, p. 22-9, 2005.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adhesion to the treatment in systolic hypertension. *Rev Bras Hipertens.*, v.16, n.1, p.38-43, 2009. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134010539911-adesao.pdf>>. Acesso em: 19/05/2015.

HASSON, F.; KEENEY, S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. **Tec. For. & Soc. Change**. v. 78,n.9, p. 1695–704, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040162511000801>>. Acesso em: 10/06/2014.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **J Adv Nurs**. v.32, n.4, p.1008-15. 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x/pdf>> . Acesso em: 03/09/2014.

HSU, C.C.; SANDFORD, B.A. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. **Prac. Asses., Res. & Eval.** n. 12, v. 10, 2007. Disponível em: <<http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>>. Acesso em: 10/06/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. n. 25. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_aude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_aude.pdf)>. Acesso em: 28/04/2014.

JONAS, B.S.; LANDO, J.F. Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension. **Psychosom Med.**, v.62, p.188-96, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10772396>>. Acesso em: 30/02/2015.

KAISER, S.E. Cardiovascular risk stratification and goals of anti-hypertensive therapy. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n.3, p.160-68, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/08-estratificacao.pdf>>. Acesso em: 12/05/2015.

KAYO, E.K.; SECURATO, J.R. Método Delphi: Fundamentos, Críticas e Vieses. **Cad. Pesq. Adm.**, São Paulo, n.1, v.4, p.51-61, 1997. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/c4-art5.pdf>>. Acesso em: 22/02/2014.

KIM, M.T. *et al.* Development and testing of the Hill-Bone compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. **Prog Cardiovasc Nurs**, v. 15, n. 3, p. 90-6, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10951950>>. Acesso em: 02/05/2014.

KROUSEL-WOOD, M. A. *et al.* Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. **Med Clin North Am.**, v. 93, n. 3, p. 153-69, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702217/>>. Acesso em: 28/04/2015.

LACERDA, I.C. *et al.* Characteristics of the clientele assisted for hypertensive crisis in the emergency of a municipal hospital in Fortaleza, Ceará State. **Acta Sci Health Sci**, v.32, n.1, p.73-8, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/5746/5746>>. Acesso em: 28/04/2015.

LESPÉRANCE, F. *et al.* Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina. **Arch Intern Med.** n. 160, v. 9, p. 1354-60, 2000. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485313>>. Acesso em: 29/04/2015.

LIMA, T.M.; MEINERS, M.M.M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima. **Rev Pan-Amaz Saude**. v. 1, n. 2, 2010. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n2/v1n2a14.pdf/113/120>

LISTONE, H.A.; TUROFF, M. **Delphi Method: Techniques and**

**Applications**. Boston: Addison-Wesley Publishing; 1975. Disponível em:

<<https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256068>>. Acesso em: 28/08/2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2001.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. Concepções sobre saúde e doença de famílias que convivem com a hipertensão arterial: um estudo qualitativo. **Online Braz J Nurs.**, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2484/544>>. Acesso em: 29/04/2015.

LOPES, G.F. *et al.* Fatores de Risco Associados à Morte por Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital do Sul de Minas Gerais. **Revista Ciências em Saúde**, v.2, n.1, 2012. Disponível em:

<[http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/71/70](http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/71/70)>. Acesso em: 05/05/2015.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med**, v. 87, n. 4, p. 232-7, 2008. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59084/62070>>. Acesso em: 05/05/2014.

LU, C.H. *et al.* Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. **BMC Public Health.**, v.29, n.15, p.33, 2015. Disponível em:

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314804/pdf/12889\\_2015\\_Article\\_1401.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314804/pdf/12889_2015_Article_1401.pdf)>. Acesso em: 18/05/2015.

LUDWIG, B. G. **Internationalizing Extension: An exploration of the characteristics evident in a state university Extension system that achieves internationalization**. [Unpublished doctoral dissertation], The Ohio State University, Columbus, 1994. Disponível em:

<[https://etd.ohiolink.edu/ap/0?0:APPLICATION\\_PROCESS%3DDOWNLOAD\\_ETD\\_S](https://etd.ohiolink.edu/ap/0?0:APPLICATION_PROCESS%3DDOWNLOAD_ETD_S)

[UB\\_DOC\\_ACCNUM:::F1501\\_ID:osu1146146542%2Cinline](#)>. Acesso em: 10/06/2014.

LUDWIG, B.G. Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology?. **Journal of Extension**, v.35, n.5, p. 1-4, 1997 Disponível em:<<http://www.joe.org/joe/1997october/tt2.html>>. Acesso em: 26/06/2014

LUZINSKI, C. H. *et al.* The community case management program: For 12 years, caring at its best. **Geriatr Nurs.**, v.29, p.207-15, 2008. Disponível em: <[http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(08\)00065-7/pdf](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(08)00065-7/pdf)>. Acesso em: 17/05/2015.

LYRA JÚNIOR, D.P. *et al.* Pharmacotherapy in the elderly: a review about the multidisciplinary team approach in systemic arterial hypertension control. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 14, n. 3, p.435-41, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23/04/2015.

MACHADO,M.C.; PIRES, C.G.S.; LOBAO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 17, n. 5, p. 1357-63, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/05/2015.

MANCIA, G.; *et al.* 2007 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.**, v. 31, n. 7, p.1281 – 357, 2013. Disponível em: <<http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>>. Acesso em: 30/04/2015.

MANTOVANI, M, F.; MOTTIN, J.V; RODRIGUES, J. Nurse Home Visity with Educational Activities in the arterial pressure treatment. **OBJN.**, v. 6, n.1, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/757/171>>. Acesso em: 14/05/2015.

MANTOVANI, M.F. *et al.* The use of de Brief Medication Questionnaire in medication accession of hypertensives., **Rev enferm UFPE on line.**, v.9, n.1, p.84-90, 2015. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6402>>. Acesso em: 10/06/2015.

MARTÍN ALFONSO, L.; BAYARRE VEA, H.; GRAU ABALO, J.A. Validation of MBG Questionnaire (Martyn-Bayarre-Grau) for the evaluation of therapy adherence in blood hypertension patients. **Rev. Cub. Salud pública**, v. 34.n.1, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662008000100012>>. Acesso em: 02/05/2014.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.** v.87, n.4, p. 471-79, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006001700012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700012)>. Acesso em: 04/05/2015.

MASSIRONI, M.M.G. **Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica.** Área Técnica de Saúde do Adulto - Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudeadulto/PROTRAHI.pdf>>. Acesso em: 12/05/2015.

MATTA, S.R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2487/1/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Matta\\_Samara\\_Ramalho.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2487/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Matta_Samara_Ramalho.pdf)>. Acesso em : 24/04/2014.

MATTEI, A. T. *et al.* Development of protocols for the discharge of hypertensive and diabetic patients: experience report. **Cienc Cuid Saude.**, v.13, n.1, p.160-65. Disponível em: <[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20064/pdf\\_162](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20064/pdf_162)>. Acesso em: 19/05/2015.

MCDOWELL, I. **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires.** 3 ed. Oxford University Press. Disponível em: <<http://a4ebm.org/sites/default/files/Measuring%20Health.pdf>>. Acesso em: 01/12/2014.

MCGLYNN, E.A.; ASCH, S.M. Developing a Clinical Performance Measure. **Am J Prev Med**, n. 14, v. 3S, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9566932>>. Acesso em: 17/05/2014.

MCKENNA, H.P. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? **J Adv Nurs**. n.19, v. 6, p. 1221-5, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930104>>. Acesso em: 17/11/2014.

MELO, R.P. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene.**, Fortaleza, v.12, n.2, p.424-31, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_pdf/a26v12n2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a26v12n2.pdf)> Acesso em: 22/04/2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)>. Acesso em: 18/05/2015.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) . Acesso em 18/06/2015.

MENDOZA-PARRA, S.; MERINO, J.M.; BARRIGA, O.A. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. **Rev Panam Salud Pública**, v. 25, n. 2, p. 105-12, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a02>>. Acesso em: 02/05/2014.

MENDONÇA, L.B.A.; LIMA, F.E.T.; OLIVEIRA, S.K.P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. **Esc Anna Nery.**, v.16, n. 2, p. 340-46, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/19.pdf>>. Acesso em: 28/04/2015.

MENEZES, P.R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Rev.Psiq.Clín.** n.5, v.17, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n5/conc255b.htm#1>>. Acesso em: 01/12/2014.

MENEZES, A.G.M.P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**. v.34, n.1, p.97-102, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/13\\_revisao\\_Educacao.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf)>. Acesso em: 17/05/2015.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy EE, Onocko, R. Práxis em salud um desafio para lo público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997

MONTEIRO-JÚNIOR FC. *et al.* Prevalence of true hypertensive crises and appropriateness of the medical management in patients with high blood pressure seen in a general emergency room. **Arq Bras Cardiol.**, v.90, n.4, p. 269-73, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000400006)>. Acesso em: 28/04/2015.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24,n. 1,p. 67-74, 1986. Disponível em: <<http://www.cchealthnetwork.com/media/18733/allheart.medication%20compliance%20article.pdf>>. Acesso em: 01/05/2014.

MOSER, D. K. *et al.* Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. **Psychosom Med.**, v. 73, n. 9, p. 803-9, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22021458>>. Acesso em: 29/04/2015.

MOURA JÚNIOR, J.S.M. *et al.* Acute Influence of the Tobacco in the Blood Pressure, Heart Rate and Postexercise Hypotension in Young Male Smokers. **R bras ci Saúde.**, v. 14, n. 4, p. 57-64, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/9886>>. Acesso em: 30/04/2015.

MOYSES, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSES, S.J. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saude, 2012. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livor\\_estudo-de-caso-alvorada.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livor_estudo-de-caso-alvorada.pdf)>. Acesso em: 18/05/2015.

MURIEL, D.M.A. *et al.* Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. **Arch Med.**, v. 6, n. 13, p. 51-67, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820379004>>. Acesso em: 29/04/2015.

NASCIMENTO, J.S.; GOMES, B.; SARDINHA, A.H.L. Modifiable risk factors for cardiovascular diseases in women with hypertension. **Rev Rene.**, Fortaleza., v.12, n. 4, p. 709-15, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/288/pdf>>. Acesso em: 30/04/2015.

NAUTA, S. T. *et al.* Changes in clinical profile, treatment, and mortality in patients hospitalised for acute myocardial infarction between 1985 and 2008. **PLoS ONE**, v. 6, n. 11, p. 1-7, nov. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206855/pdf/pone.0026917.pdf>. Acesso em: 05/05/2015.

NEVES, M.F.; KASAL, D.A.B. What do Brazilian, American, European and Canadian guidelines say with regard to blood pressure targets? **Rev Bras Hipertens.**, v. 17, n.3, p.178-81, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/11-diretrizes.pdf>>. Acesso em: 28/04/2015.

NEWBOULD, J. *et al.* Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. **Family Practice.**, v.13, n.71, p.1-9, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/71>>. Acesso em: 18/05/2015.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica Primária. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.46, n.3, p.256-72,2013. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev\\_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA mica%20prim%E1ria.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA mica%20prim%E1ria.pdf)>. Acesso em: 30/05/2014.

NONNENMACHER, C.L.; WEILLER, T.H.; OLIVEIRA, S.G. Acesso a saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção do direito. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 2, p. 248-55, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10106/pdf> >. Acesso em: 09/05/2014.

OLIVEIRA, J.S.P.; COSTA, M.M.; WILLE, M.F.C. **Introdução ao método de Delphi**. 1º Ed. Curitiba, 2008. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev\\_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA mica%20prim%E1ria.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA mica%20prim%E1ria.pdf) >. Acesso em:24/03/2014.

OLIVEIRA, C.J. **Revisão do diagnóstico “Falta de adesão” em pessoas com hipertensão arterial**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2011. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2056/1/2011\\_tese\\_cjoliveira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2056/1/2011_tese_cjoliveira.pdf)>. Acesso em: 23/04/2015.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Effectiveness of education in health in the nonmedication treatment of arterial hypertension. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.2, p.179-84, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf>>. Acesso em: 17/05/2015.

OPPENHEIMER, G.M. Framingham Study 1947–1950. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924446/?report=reader>>. Acesso em: 01/05/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: OMS, 2002. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02.01\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf)>. Acesso em: 24/02/2014.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Saúde**. 1 ed. Lisboa, Abril de 2002.

\_\_\_\_\_. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação**: Relatório Mundial. Brasília; 2013. Disponível em: <[http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/documentos-tecnicos/cuidados\\_inovadores\\_para\\_condicoes\\_cronicas\\_-\\_opas.pdf](http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/documentos-tecnicos/cuidados_inovadores_para_condicoes_cronicas_-_opas.pdf)>. Acesso em: 08/05/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas\\_cuidado\\_hipertensao\\_diabetes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf)>. Acesso em: 12/02/2015.

\_\_\_\_\_. **Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde**. Washington, D.C., OPAS, 2012. Disponível em: <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21401&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid)>. Acesso em: 01/05/2014.

PAGE, T. F. *et al.* Care Management Medical Home Center Model: Preliminary Results of a Patient-Centered Approach to Improving Care Quality for Diabetic Patients. **Health Promot Pract.**, v.6, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25564454>>. Acesso em: 18/05/2015.

PAIM, C. P.; AZZOLIN, K. O.; MORAES, M. A. P. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 77-82, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/11.pdf> . Acesso em 15/11/2014>. Acesso em: 04/05/2015.

PAIVA, D.D.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.22,n.2, p.377-85,2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015)>. Acesso em: 13/05/2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão**. – Curitiba: SESA, 2014. Disponível em:

<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Rev1\\_LINHAGUIAhipertensao.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Rev1_LINHAGUIAhipertensao.pdf)>. Acesso em: 13/05/2015.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição especial. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/185599037/Texto-3-Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas>>. Acesso em: 20/02/2014.

PASSOS, V. Hipertensão Arterial no Brasil: Estimativa de Prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**., v.15, n.1, p. 35-45, 2006. Disponível em:

<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 29/04/2015.

PEREZ, V. L.; SCHUELER, R. The Delphi Method as a Tool for Information Requirements Specification. **Information and Management**, v.5, p. 157- 67,1982.

Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0378720682900222>>. Acesso em: 24/06/2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt\\_0080-6234-reeusp-48-01-48.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-48.pdf)>. Acesso em: 21/04/2015.

PROCTOR, S.; HUNT, M. Using the Delphi survey technique to develop a professional definition of nursing for analysing nursing workload. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, p. 1003±14, 1994. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652648.1994.tb01180.x/abstract>>. Acesso em: 10/06/2014.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29/04/2015.

RAMOS, L.; FERREIRA, E.A.P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822011000300013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25/04/2015.

RAYMUNDO, A.C.N.; PIERIN, A.M.G. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: a longitudinal, retrospective study. **Rev Esc Enferm USP.**, v.48, n. 5, p.811-9, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf)>. Acesso em: 18/05/2015.

REINERS, O. A. A. *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Londrina, v. 11, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf>>. Acesso em: 05/05/2015.

RIBEIRO, A.G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-82, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13/05/2015.

ROCCO, N. *et al.* Patient-Centered Plan-of-Care Tool for Improving Clinical Outcomes. **Q Manage Health Care.**, v.20, n.2, p.89-97, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21467895>>. Acesso em: 19/05/2015.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; LEE, E.S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.abstract>>. Acesso em: 24/02/2014.

SANDIN BOJO, A. K. *et al.* Midwifery care: development o fan instrument to measure quality base on the World Health Organization's classification of care in normal birth. **Journal of Clinical Nursing**, v. 13, n.1, p. 75-83, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687296>>. Acesso em: 30/04/2014.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-98, Dec. 2010.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29/04/2015.

SANTOS, F.U. **Relação entre eventos estressantes e urgência hipertensiva em mulheres**. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC - Campinas, 2007. Disponível em:

<[http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=194](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=194)>. Acesso em: 29/04/2015.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-32, out. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf>. Acesso em: 23/04/2015.

SANTOS, E.M.S.; MORAIS, S.H.G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v.16,n.3, p.492-7, 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21761/16235>>. Acesso em: 14/05/2015.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Tecnologia e Inovação para o cuidado de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, n. 20, v. 1, p. 111-17, 2012. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>>. Acesso em: 28/11/2014.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev Saúde Pública.**, n. 42, v. 4, p. 764-7, 2008. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400025>>. Acesso em: 01/05/2014.

SCARPARO, A.F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>>. Acesso em: 24/03/2014.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Série Saúde no Brasil 4. **The Lancet**, p. 61-74, 2011. Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 01/05/2014.

SCHULZ, R.B. *et al.* Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol**, v. 90, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000200010>>. Acesso em: 02/05/2014.

SELEM, S. S. C. *et al.* Validade da hipertensão auto referida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 1, p. 52-59, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1/aop11612.pdf>. Acesso em: 30/04/2015.

SHARRETT, A.R. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. Introduction and objectives of the hemostasis component. **Ann Epidemiol**, v. 2, n.4, p. 467-9. Jul, 1992. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1342297>>. Acesso em: 01/05/2014.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**; v. 38, n.1, p. 705-14, 1991. Disponível em: <<http://cmcd.sph.umich.edu/assets/files/Repository/Women%20Take%20Pride/The%20MOS%20Social%20Support%20Survey.pdf>>. Acesso em: 01/04/2014.

SILVA, F. S. *et al.* Cuidados paliativos para dor originada da doença mineral óssea da insuficiência renal crônica. **J. res. fundam. care. online**, v. 6, n. 2, p. 767-75, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3163/pdf\\_1279](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3163/pdf_1279)>. Acesso em: 05/05/2015.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do Médico e do Enfermeiro que atuam em Atenção Primária de Saúde. **Rev. Esc.Enf.USP**, v.33, n.3, p.207-16,1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/685.pdf>>. Acesso em: 26/06/2014.

SILVA, K.L. *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14/05/2015.

SILVA JUNIOR, J.B. **As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Unico de Saude**. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Unico de Saude (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf)>. Acesso em: 30/04/2014.

SIVAKUMARAN, D.; EARLE, K.A. Telemonitoring: use in the management of hypertension. **Vasc Health Risk Manag.**, v.10, p.217- 24, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986416/pdf/vhrm-10-217.pdf>>. Acesso em: 18/05/2015.

SOARES, G. L. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://ojs.saomarcos.org.br/ojs/index.php/cientifica/article/view/11/15>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n.95, v.1, supl.1, p.5, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf>>. Acesso em: 20/02/2014.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO. Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. **Revista Portuguesa de Hipertensão e risco cardiovascular**, n. 39, supl., 2014. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf> . Acesso em: 15/10/2014.

SPERTUS, J.A. *et al.* Development and Evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A New Functional Status Measure for Coronary Artery Disease. **JACC.** v. 25, n. 2, 1995. Disponível em: < [http://ac.els-cdn.com/0735109794003979/1-s2.0-0735109794003979-main.pdf?\\_tid=4dd8d072-52e0-11e4-8e30-0000aabb0f6c&acdnat=1413208586\\_a1ccd4ee6e9e79e48b36ef14d23f8283](http://ac.els-cdn.com/0735109794003979/1-s2.0-0735109794003979-main.pdf?_tid=4dd8d072-52e0-11e4-8e30-0000aabb0f6c&acdnat=1413208586_a1ccd4ee6e9e79e48b36ef14d23f8283)>. Acesso em: 01/05/2014.

STUHLMILLE, C.; TOLCHARD, B. Introducing the new England 4G framework of guided self-health for people in rural areas with physical and psychological conditions. **Aust. J. Rural Health.**, v.20, n.5, p.285-86, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22998205>>. Acesso em: 18/05/2015.

SVARSTAD, B. L. *et al.* The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns.** v.37, n.2, p. 113-24, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528539>>. Acesso em: 28/02/2015.

TANG, Y. H. *et al.* The effect of health education on taiwanese hypertensive patients' knowledge and cognition of stroke. **Worldviews Evid Based Nurs.** v.12, n.2, p.116-25, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25817269>>. Acesso em: 18/05/2015.

TIBURCIO, M. P. *et al.* Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 581-87, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000400581&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400581&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/04/2015.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TUROFF, M. Personal communication, 2006, In: N. NOVAKOWSKI, B. WELLAR. Using the Delphi Technique in Normative Planning Research: Methodological Design Consideration, **Environ. Plann.**, v. 40, p. 1485–1500, 2008. Disponível em: <[core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/6997300.pdf](http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/6997300.pdf)>. Acesso em: 10/02/2013.

TUROFF, M. The design of a policy Delphi. **Technol. Forecast. Soc. Chang**, n. 2, p. 149–171, 1970. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0040162570901617>>. Acesso em: 26/06/2014.

ULBRICH, E.M. **Fatores preditivos para complicações em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidados da enfermagem na atenção primária.** 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2015.

ULBRICH, E. M.; MANTOVANI, M. F. Descobrimos-se portador de doença crônica: repercussão de uma pesquisa-ação. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 202-9, abr-jun. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19126/pdf158>>. Acesso em: 17/05/2015.

ULSCHAK, F. L. **Human resource development: The theory and practice of need assessment.** Reston, VA: Reston Publishing Company, Inc., 1983

VELANDIA-ARIAS, A.; RIVERA-ALVAREZ, N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. **Rev. salud pública**, v. 11, n. 4, Aug. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000400005>>. Acesso em: 02/05/2014.

VENKATACHALAM, J. *et al.* Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications in a Rural Population of Kancheepuram District in Tamil Nadu, South India. **Indian J Community Med.** n.40, v. 1, p.33-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25657510>>. Acesso em: 25/04/2015.

VERAS, R.F.S.; OLIVEIRA, J.S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev RENE.** V.10, n.3, p.132-38, 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/550/pdf>>. Acesso em: 04/05/2015.

VITOR, A.F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise de conceito e validação por especialistas.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2010. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2062/1/2010\\_tese\\_afvitor.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2062/1/2010_tese_afvitor.pdf)>. Acesso em: 23/04/2015.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WESTMORELAND, D. *et al.* Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881446>>. Acesso em: 30/04/2014.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2011.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf)>. Acesso em: 07/08/2014.

\_\_\_\_\_ **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)>. Acesso em: 30/04/2015.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R.A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.1, n.12, 2000. Disponível em: <[www.cgge.org.br/atividades/redirKori/861](http://www.cgge.org.br/atividades/redirKori/861)>. Acesso em: 24/04/2014.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CONVITE ENVIADO AOS <i>EXPERTS</i> PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE VALIDAÇÃO.....	121
APÊNDICE 2- PRIMEIRO <i>EMAIL</i> ENVIADO AOS <i>EXPERTS</i> COM O <i>LINK DO GOOGLE DOCS</i> PARA ACESSO AO QUESTIONÁRIO .....	122
APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	123
APÊNDICE 4- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO.....	125
APÊNDICE 5- INSTRUÇÕES SOBRE O PROCESSO DE VALIDAÇÃO .....	135
APÊNDICE 6- SEGUNDO <i>EMAIL</i> ENVIADO AOS <i>EXPERTS</i> COM O <i>LINK DO GOOGLE DOCS</i> PARA ACESSO AO QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO .....	142
APÊNDICE 7- QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS DA SEGUNDA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO .....	143
APÊNDICE 8- <i>FEEDBACK</i> DA PRIMEIRA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO.....	152
APÊNDICE 9- <i>FEEDBACK</i> DA SEGUNDA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO.....	188

## APÊNDICE 1 - CONVITE ENVIADO AOS *EXPERTS* PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Prezado (a) Sr (a), meu nome é Ângela Taís Mattei, sou mestranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e desenvolvo o projeto de pesquisa intitulado “ VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO COM FATORES PREDITIVOS PARA O APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA” sob orientação da Doutora Maria de Fátima Mantovani.

O processo de validação do instrumento ocorrerá por meio da técnica Delphi via sistema *Google Docs* (por *email*). Seu nome foi elencado como *expert* em Hipertensão Arterial Sistêmica por meio da busca no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Desta forma, gostaríamos de convidá-lo a participar do processo de validação que terá início em fevereiro de 2015.

Por favor, caso aceite nosso convite, solicitamos que nos envie um *email* manifestando sua concordância e o endereço de *email* que acessa com frequência.

Sua participação é muito valiosa para nós!

Gratas,

Ângela Taís Mattei e Maria de Fátima Mantovani.

Curitiba, 25 de novembro de 2014.

## APÊNDICE 2- PRIMEIRO EMAIL ENVIADO AOS EXPERTS COM O LINK DO GOOGLE DOCS PARA ACESSO AO QUESTIONÁRIO

Prezado(a) Sr(a).,

Neste momento estamos iniciando o processo de validação do instrumento que tem como objetivo predizer o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica e fornecer diretrizes para o Enfermeiro no cuidado com esses pacientes. O instrumento é resultado de uma tese de doutorado intitulada: “Fatores preditivos para complicações em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidados da enfermagem na atenção primária”, da autora Elis Martins Ulbrich, orientada pela Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani.

A validação ocorrerá por meio da Técnica Delphi (em no máximo 3 rodadas), seguida de reunião de consenso (presencial ou por meio eletrônico).

Salientamos que a primeira fase vai de 24 de fevereiro a 10 de março de 2015.

**PARA INICIAR O PROCESSO DE VALIDAÇÃO CLIQUE NESTE LINK:** [https://docs.google.com/forms/d/1JFC-SLmQM0DU-DG3\\_z4D51AbUKJQyhwr-FKaBhhp554/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1JFC-SLmQM0DU-DG3_z4D51AbUKJQyhwr-FKaBhhp554/viewform?usp=send_form)

O primeiro passo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é clicar no botão **SIM** para que o restante do questionário seja liberado para respondê-lo.

***Em anexo segue um arquivo:***

- A Carta com orientações para o processo de validação contendo o Instrumento a ser validado;

Agradecemos desde já sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima  
Mantovani  
**Orientadora**

Email: [mfatimamantovani@ufpr.br](mailto:mfatimamantovani@ufpr.br)  
Fone: (41) 85027840

Md<sup>a</sup>. Ângela Taís Mattei  
**Pesquisadora**

Email: [angela-mattei@hotmail.com](mailto:angela-mattei@hotmail.com)  
Fone: (46) 99128863

## APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ângela Taís Mattei e Maria de Fátima Mantovani, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar de um estudo intitulado "Validação de um instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica". É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância.

- a) O objetivo desta pesquisa é validar o conteúdo e o constructo de um instrumento composto de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder três rodadas de questionários, as quais terão duração aproximada de 40 minutos cada, com intervalo de duas semanas. O questionário deverá ser respondido via eletrônica, pelo sistema Google Docs®, por meio da técnica Delphi. Esta técnica envolve a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas visando o consenso das opiniões sobre o objeto de estudo. No intervalo de cada rodada mencionada, serão feitas análises estatísticas das respostas e os resultados serão compilados em um novo questionário, que será distribuído novamente ao grupo. Além de responder aos questionários mencionados, é pertinente sua participação na reunião final de consenso, na qual será aprovada a versão final do questionário. Esta participação poderá ser presencial ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir. A impossibilidade de comparecer à reunião final não excluirá sua participação na pesquisa.
- c) Para a reunião de consenso você deverá comparecer presencialmente ou via eletrônica (Skype® ou vídeo conferência), a qual ocorrerá na Av. Prof Lothario Meissner, 3400 – Jardim Botânico, Curitiba – PR, no Bloco Didático II, terceiro andar, sala de vídeo conferência, por aproximadamente 1 hora.
- d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder ao questionário ou com a reunião de consenso.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade de compreensão dos instrumentos e da metodologia e manuseio do sistema Google Docs®.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um instrumento válido e confiável que possa auxiliar os profissionais de saúde a prever o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 848 878  
na data de 29/10/2014

Rubricas:  
Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Departamento de Enfermagem



- g) As pesquisadoras Ângela Taís Mattei, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná, poderão ser contatadas pelos telefones: (41)3387-8365 ou (41) 85012721, em Curitiba, das 13:30 às 17:00 de 2º a 6º feira, ou pelos e-mails [angela-mattei@hotmail.com](mailto:angela-mattei@hotmail.com) e [mfatimamantovani@ufpr.br](mailto:mfatimamantovani@ufpr.br), responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 3º andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa **não são** de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 848 878  
na data de 29 / 10 / 2014

## APÊNDICE 4- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO

18/07/2015 PRIMEIRA ETAPA- Validação do conteúdo do Instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações e das ações para o gerenciam...

### **PRIMEIRA ETAPA- Validação do conteúdo do Instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações e das ações para o gerenciamento do cuidado à adultos hipertensos**

CARO (A) PARTICIPANTE:

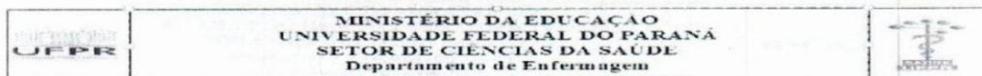
Esta será a primeira etapa de validação do instrumento e das ações para o gerenciamento do cuidado. Para melhor entender a origem do instrumento, segue algumas informações:

O instrumento é resultado de uma tese de doutorado intitulada "Fatores preditivos para o gerenciamento do cuidado de enfermagem". Sua construção ocorreu por meio da coleta de dados com pacientes hipertensos de uma região de Curitiba, Paraná por meio de uma entrevista semiestruturada e cinco escalas validadas para o Brasil: ansiedade, depressão, qualidade de vida, adesão medicamentosa e apoio social, porém, os fatores de risco selecionados para comporem o instrumento que será validado, foram aqueles estatisticamente significantes após análise multivariada e os valores/peso atribuídos para a presença do fator de risco se deu com base no Odds Ratio.

Já, a Proposta de Gerenciamento de Cuidados, foi construída tendo por base a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010), a Linha de cuidados, Hipertensão e Diabetes (OPAS, 2010) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2011)

**\*Obrigatório**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Departamento de Enfermagem

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

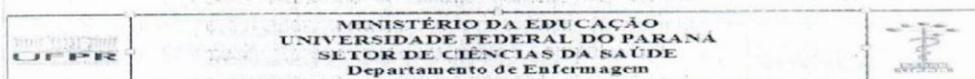
Nós, Ângela Tais Mattei e Maria de Fátima Mantovani, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar de um estudo intitulado "Validação de um instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica". É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância.

- a) O objetivo desta pesquisa é validar o conteúdo e o constructo de um instrumento composto de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder três rodadas de questionários, as quais terão duração aproximada de 40 minutos cada, com intervalo de duas semanas. O questionário deverá ser respondido via eletrônica, pelo sistema Google Docs®, por meio da técnica Delphi. Esta técnica envolve a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas visando o consenso das opiniões sobre o objeto de estudo. No intervalo de cada rodada mencionada, serão feitas análises estatísticas das respostas e os resultados serão compilados em um novo questionário, que será distribuído novamente ao grupo. Além de responder aos questionários mencionados, é pertinente sua participação na reunião final de consenso, na qual será aprovada a versão final do questionário. Esta participação poderá ser presencial ou via eletrônica (Skype®, video conferência), como preferir. A impossibilidade de comparecer à reunião final não excluirá sua participação na pesquisa.
- c) Para a reunião de consenso você deverá comparecer presencialmente ou via eletrônica (Skype® ou video conferência), a qual ocorrerá na Av. Prof. Lothario Meissner, 3400 – Jardim Botânico, Curitiba – PR, no Bloco Didático II, terceiro andar, sala de video conferência, por aproximadamente 1 hora.
- d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder ao questionário ou com a reunião de consenso.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade de compreensão dos instrumentos e da metodologia e manuseio do sistema Google Docs®.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um instrumento válido e confiável que possa auxiliar os profissionais de saúde a prever o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 848 078  
na data de 29/10/2014

Rubricas:  
Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Departamento de Enfermagem

- g) As pesquisadoras Ângela Tais Mattei, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná, poderão ser contatadas pelos telefones: (41)3387-8365 ou (41) 85012721, em Curitiba, das 13:30 às 17:00 de 2º a 6º feira, ou pelos e-mails [angela-mattei@hotmail.com](mailto:angela-mattei@hotmail.com) e [mfatimamantovani@ufpr.br](mailto:mfatimamantovani@ufpr.br), responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 3º andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa **não são** de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)  
Curitiba, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 848 878  
na data de 29 / 10 / 2014

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 - 2º andar - Alto da Glória - Curitiba-PR - CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

1. **Após estes esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa, o senhor(a) concorda em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

2. **1-Nome \***

Seu nome é solicitado somente a critério de conhecimento para envio dos emails subsequentes e este não será divulgado em qualquer circunstância

.....

3. **2-Idade \***

Indique sua idade em anos

.....

4. **3- Indique qual a cidade onde você trabalha.**

Sua localidade é solicitada somente para que saibamos qual a área de abrangência da nossa coleta de dados, ficaremos gratos se puder responder.

.....

5. **4-Qual seu tempo de formado (a)? \***

Indique seu tempo de formado em anos

.....

6. **5-Qual sua maior titulação? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Especialista

Mestre em Enfermagem

Doutor em Enfermagem

**7. 6-O (A) Sr(a) é: \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	SIM	NÃO
Enfermeiro docente que faz pesquisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro pesquisador (trabalha especificamente com pesquisas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro da prática (trabalha em hospital ou Unidade Básica de Saúde, por exemplo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8. 7-Critérios de Inclusão Adaptados do Modelo de Fehring (1994) \***

Selecione SIM ou NÃO para cada critério.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	SIM	NÃO
Doutor em Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mestre em Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especialista na área de Enfermagem clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalha com Doenças Crônicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. 8-Participa de algum grupo de pesquisa? \****Marcar apenas uma oval.*

- SIM
- NÃO

**10. 9-Se participa de algum grupo de pesquisa, qual a ênfase de pesquisa do grupo?****VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO**

CARO(A) PARTICIPANTE:

Esta parte do questionário visa a validação do conteúdo do instrumento com fatores preditivos para complicações da Hipertensão. Por favor, leia atentamente cada questão e registre suas sugestões caso considere pertinente.

**INSTRUMENTO: FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Variáveis preditoras	Classificação	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Fem	0
	Masc	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco US*	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
Número de medicamentos em uso**	Até 4	0
	Mais de 4	22
Depressão***	Sem/não grave	0
	Grave	14

\*Quando não tiver classificação de risco na US considera-seo risco cardiovascular de Framingham

\*\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*\*Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

11. 10-O(A) Sr(a) considera a aparência do instrumento: \*

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4

---

Não Adequado                    MUITÍSSIMO Adequado

---

12. SUGESTÕES PARA MELHORIA

.....

13. 11-Em relação a Clareza do instrumento, o(a) Sr(a) considera: \*

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1      2      3      4

---

Pouco Adequado                    MUITÍSSIMO Adequado

---

14. SUGESTÕES PARA MELHORIA

.....

15. **12-O(A) Sr(a) avalia que o instrumento possa ser de fácil aplicação: \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

16. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

17. **13-O(A) Sr(a) considera que o conteúdo está adequado ao que o instrumento se propõe avaliar: \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

18. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

19. **14-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "IDADE" adequado para o instrumento? \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

20. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

21. **15-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "SEXO" adequado para o instrumento? \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

22. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

23. **16-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "TABAGISMO"adequado para o instrumento? \***

A opção 2 é "Pouco Adequado"e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

24. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

25. **17-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "TEMPO DE DIAGNÓSTICO" adequado para o instrumento? \***

A opção 2 é "Pouco Adequado"e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

26. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

27. **18-O(A) Sr(a) considera adequado o fator preditor "CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE" adequado para o instrumento? \***

A opção 2 é "Pouco Adequado"e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

28. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

29. **19-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO"adequado para o instrumento? \***

A opção 2 é "Pouco Adequado"e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4		
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

30. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

## 31. 20-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "DEPRESSÃO" adequado para o instrumento?

\*

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

## 32. SUGESTÕES PARA MELHORIA

## VALIDAÇÃO DAS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ADULTOS HIPERTENSOS

CARO(A) PARTICIPANTE:

Esta parte do questionário visa a validação das ações para o gerenciamento de cuidado em relação a clareza, apresentação e conteúdo. Por favor, leia atentamente cada questão e registre suas sugestões caso considere pertinente.

### AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE CUIDADOS PARA HIPERTENSOS

<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês e com equipe multidisciplinar**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio quando necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas

\*As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente; \*\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

33. **21-O(A) Sr(a) considera as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de BAIXO RISCO para o desenvolvimento de complicações: \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

34. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

35. **22-O(A) Sr(a) considera as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de MODERADO RISCO para o desenvolvimento de complicações: \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

36. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

37. **23-O(A) Sr(a) considera as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de ALTO RISCO para o desenvolvimento de complicações: \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

38. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

39. **24-O(A) Sr(a) considera as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de MUITO ALTO RISCO para o desenvolvimento de complicações: \***

A opção 2 é "Pouco Adequado" e a opção 3 é "Consideravelmente Adequado"  
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Pouco Adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

40. **SUGESTÕES PARA MELHORIA**

.....

## APÊNDICE 5- INSTRUÇÕES SOBRE O PROCESSO DE VALIDAÇÃO



**Universidade Federal do Paraná**  
**Programa de Pós Graduação em Enfermagem**



**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO COM FATORES PREDITIVOS PARA O  
APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA COM UMA PROPOSTA DE AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO  
CUIDADO**

**PROCESSO DE VALIDAÇÃO POR CONSENSO**

*Instruções para avaliação do instrumento pelos experts*

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani  
**Orientadora**

Email: [mfatimamantovani@ufpr.br](mailto:mfatimamantovani@ufpr.br)  
Fone: (41) 85027840

Md<sup>a</sup>. Ângela Taís Mattei  
**Pesquisadora**

Email: [angela-mattei@hotmail.com](mailto:angela-mattei@hotmail.com)  
Fone: (46) 99128863

## 1 APRESENTAÇÃO

O instrumento é resultado de uma tese de doutorado intitulada “Fatores preditivos para complicações em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ações para o gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção primária”. Sua construção ocorreu por meio da coleta de dados com pacientes hipertensos de uma região de Curitiba, Paraná.

A seleção dos fatores de risco para comporem o instrumento ocorreu por meio daqueles que foram estatisticamente significantes após análise multivariada e os valores atribuídos para a presença do fator de risco se deu com base nos valores do *Odds Ratio*.

Já, a Proposta de Gerenciamento de Cuidados, foi construída tendo por base a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010), a Linha de cuidados, Hipertensão e Diabetes (OPAS, 2010) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2011).

## 2 TÉCNICA DELPHI

A técnica Delphi, em sua forma original foi concebida como um método utilizado na obtenção de consenso confiável de opiniões por um grupo de especialistas a uma série de questionários com *feedback* controlado (HASSON; KEENEY, 2011).

A Técnica foi criada em 1948 com a finalidade de estabelecer um método de consenso baseado na opinião de *experts* sobre temas pouco investigados ou novos, tendo grande utilidade na construção de protocolos.

As vantagens de utilizar a Técnica Delphi para consenso são:

- ❖ O anonimato entre os *experts*;
- ❖ Interação e retorno das informações;
- ❖ Utilização mais eficiente do tempo dos *experts*;
- ❖ Convergência na distribuição das respostas.

Os benefícios dessa técnica são ressaltados em momentos nos quais:

- ❖ O problema não pode ser resolvido recorrendo a procedimentos analíticos;
- ❖ Os especialistas escolhidos para resolver o problema tenham experiências e formação diferentes;
- ❖ A dimensão do grupo dificulte a comunicação presencial.

**A operacionalização da Delphi se dará em no máximo três rodadas conforme descrito abaixo:**

**Bloco 1:**

1ª Etapa – Seleção e convite dos experts

**Descrição:** O levantamento dos *experts* foi realizado por meio de busca no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), com as palavras chave: “hipertensão arterial sistêmica” Após a leitura dos currículos foi enviado via *email* uma carta convite e um documento com informações do projeto, o método/técnica empregados.

**Bloco 2:**

2ª Etapa – Envio da primeira versão do material

**Descrição:** encaminhamento do material a ser validado, via *Google docs*, para os *experts* que apresentaram sua anuência.

3ª Etapa – Retorno com considerações (14 dias)

**Descrição:** Nesta etapa os *experts* acessam o *link* enviado por *email* para emitirem seus pareceres na plataforma, conforme tutorial da seção 3 (Tutorial *Google docs*).

4ª Etapa – Consolidação do material pela equipe (14 dias)

**Descrição:** Após o retorno de todos os *experts* a equipe de pesquisa fará a compilação do material, separando as diretrizes consensuadas das não consensuadas.

5ª Etapa – Envio das partes não consensuadas do material com as considerações

**Descrição:** Após a consolidação do material, os *experts* receberão um novo *link* com as diretrizes ainda não consensuadas e as considerações realizadas por cada

um dos pareceristas (a identidade dos pareceristas será mantida em sigilo durante todo o processo de validação), para uma nova avaliação;

6ª Etapa – Retorno com considerações (14 dias)

**Descrição:** Nesta etapa os *experts* acessam o *link* enviado por *e-mail* para emitirem seus pareceres na plataforma, conforme tutorial da seção 3 (Tutorial *Google docs*).

7ª Etapa – Consolidação do material pela equipe (14 dias)

**Descrição:** Após o retorno de todos os *experts* a equipe de pesquisa fará a compilação de todo material, separando as diretrizes consensuadas das não consensuadas.

\*\*8ª Etapa – Envio das partes não consensuadas do material com as considerações

**Descrição:** Após a consolidação do material os *experts* receberão um novo *link* com as diretrizes ainda não consensuadas e as considerações realizadas por cada um dos pareceristas para uma terceira avaliação.

\*\*9ª Etapa – Retorno com considerações (14 dias)

**Descrição:** Nesta etapa os *experts* acessam o *link* enviado por *e-mail* para emitirem seus pareceres na plataforma, conforme tutorial da seção 3 (Tutorial *Google docs*).

10ª Etapa – Consolidação final do material pela equipe para Oficina de consenso (14 dias)

**Descrição:** Realizadas todas as rodadas e recebidos todos os pareceres dos *experts*, a equipe de pesquisa fará a compilação do material que culminará na versão final, com as partes consensuadas e não consensuadas, que será utilizada na oficina de consenso descrita na seção 4 (Reunião de consenso).

\*\*Não foi necessário a realização da terceira rodada (etapas 8 e 9) nesta pesquisa.

### 3 TUTORIAL GOOGLE DOCS

Nessa etapa estaremos orientando como você deve proceder para emitir os pareceres:

**Preparação:** Aconselhamos que, durante o processo de validação, você confirme o recebimento dos *e-mails* referente aos trabalhos e cheque seu *e-mail* pelo menos semanalmente.

**1º Passo:**

Acessar o *link* que será enviado via *e-mail*

**2º passo:**

Analisar cuidadosamente as orientações e preencher cada questão/sugestão de acordo com a sua opinião.

**3º passo**

Garantir que o documento seja enviado, clicando em **ENVIAR**;

### 4 REUNIÃO DE CONSENSO

A reunião de consenso trata-se de um espaço de encontro presencial ou via eletrônica (*Skype*<sup>®</sup> ou videoconferência) de especialistas para discutir e modificar o material oriundo das etapas da Técnica Delphi, com o intuito de formular um produto final em que as diversas opiniões estejam representadas.

A presença de especialistas que representem o universo a cerca do assunto é fundamental para que os pareceres possam ser direcionados, culminando na construção de um material que fomente a discussão a cerca da temática.

Portanto, propomos a realização de uma reunião de consenso com *experts*, profissionais de saúde, com o objetivo de finalizar o processo de validação de um **“INSTRUMENTO COM FATORES PREDITIVOS PARA O APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA”**.

*Obs: É importante que no primeiro acesso ao arquivo do Google docs você se pronuncie sobre a disponibilidade e interesse de participação na reunião de consenso.*

## 5 CRONOGRAMA:

Período	Atividade
24/02/2015 à 10/03/2015	Envio da primeira versão aos <i>experts</i> e Retorno dos pareceres
10/03/2015 à 24/03/2015	Organização dos pareceres
24/03/2015 à 07/04/2015*	Envio da segunda versão aos <i>experts</i> , com partes não consensuadas e Retorno dos pareceres
07/04/2015 à 21/04/2015	Organização dos pareceres
21/04/2015** à 05/05/2015	Envio da terceira versão aos <i>experts</i> , com partes não consensuadas e Retorno dos pareceres
13/07/2015	Reunião de consenso para versão final do instrumento e proposta de ações para o gerenciamento do cuidado

\*Houve atrasos na coleta de dados, sendo que a segunda rodada iniciou no dia 20/04 e terminou em 12/05, com envio do *feedback* da segunda aos *experts* em 13/06\*\*.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/angela/Downloads/cartilha\\_dcnt%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/angela/Downloads/cartilha_dcnt%20(7).pdf)>. Acesso em 10/10/2014.

HASSON, F., KEENEY, S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. **Technological Forecasting & Social Change.** v. 78,n.9, p. 1695–704, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040162511000801>>. Acesso em: 10/06/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília:** Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.nesc.ufg.br/up/19/o/linhas\\_cuidado hipertensao diabetes.pdf](http://www.nesc.ufg.br/up/19/o/linhas_cuidado hipertensao diabetes.pdf)>. Acesso em: 10/10/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n.95, v.1,supl.1,p.5, 2010. Disponível em:<<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf>> Acesso em: 20/02/2014.

APÊNDICE 6- SEGUNDO EMAIL ENVIADO AOS EXPERTS COM O LINK DO GOOGLE DOCS PARA ACESSO AO QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Prezado(a) Sr(a).,

Novamente agradecemos a sua disponibilidade em participar da validação da ESCALA COM FATORES PREDITIVOS PARA O APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, intitulada “Escala Ulbrich Mantovani”. Agora daremos **início a 2ª Rodada** do processo de validação do material, seguindo a metodologia da Técnica Delphi.

Salientamos que na primeira rodada o instrumento obteve um alpha de Cronbach de 0,801, um índice de validade de conteúdo de 0,872, indicando validade e boa consistência interna. Porém, como houve sugestões para alterações do instrumento, das quais algumas foram acatadas estamos realizando a segunda etapa para que o (a) senhor(a) verifique o documento de *feedback* com as sugestões de todos os outros *experts*, a análise estatística, e avalie a nova versão da escala com fatores preditivos e as ações para o gerenciamento de cuidado. Dessa forma, encaminhamos novamente os materiais de base para os trabalhos. São eles:

- A Carta com orientações para o processo de validação;
- O documento com o *feedback*;
- A antiga e a nova versão do Instrumento que será validado;

Salientamos que essa fase vai do dia 21/04/2015 a 05/05/2015

Sua participação é muito importante.

**PARA ACESSAR O MATERIAL DA SEGUNDA RODADA CLIQUE NESTE**

**LINK:** [https://docs.google.com/forms/d/1IGNILO4sXbbzyjrDxYssCB5Fgev5m24Vjvb2x-pBPv8/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1IGNILO4sXbbzyjrDxYssCB5Fgev5m24Vjvb2x-pBPv8/viewform?usp=send_form)

Agradecemos novamente sua participação e disponibilidade.

Nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani  
**Orientadora**  
Email: [mfatimamantovani@ufpr.br](mailto:mfatimamantovani@ufpr.br)  
Fone: (41) 85027840

Md<sup>a</sup>. Ângela Taís Mattei  
**Pesquisadora**  
Email: [angela-mattei@hotmail.com](mailto:angela-mattei@hotmail.com)  
Fone: (46) 99128863

## APÊNDICE 7- QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS DA SEGUNDA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

18/07/2015 SEGUNDA ETAPA- Validação do conteúdo do Instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações e das ações para o gerenciam...

### **SEGUNDA ETAPA- Validação do conteúdo do Instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações e das ações para o gerenciamento do cuidado à adultos hipertensos**

CARO (A) PARTICIPANTE:

Na primeira etapa de validação o instrumento obteve um alpha de Cronbach de 0,801, um índice de validade de conteúdo de 0,872, indicando validade e boa consistência interna.

Porém como houve inúmeras sugestões para alterações do instrumento, das quais algumas foram acatadas estamos realizando a segunda etapa para que o(a) senhor(a) avalie a nova versão do instrumento com fatores preditivos e as ações para o gerenciamento de cuidado.

GOSTARÍAMOS DE SALIENTAR QUE AS SUGESTÕES RELACIONADAS A INCLUSÃO DE VARIÁVEIS PREDITORAS NÃO FORAM ACATADAS, POIS A CONSTRUÇÃO DA ESCALA QUE ESTA SENDO VALIDADA FOI CONSTRUÍDA COM BASE EM ANÁLISE ESTATÍSTICA E APENAS OS ITENS CONSIDERADOS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICANTES FIZERAM PARTE.

\*Obrigatório

#### 1. 1- Nome \*

Seu nome é solicitado somente a critério de conhecimento para envio dos emails subsequentes e este não será divulgado em qualquer circunstância

---

**PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO COM FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (Este foi o instrumento exibido na primeira rodada de validação)**

18/07/2015 SEGUNDA ETAPA- Validação do conteúdo do Instrumento com fatores preditivos para o aparecimento de complicações e das ações para o gerenciam...

Variáveis preditoras	Classificação	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Fem	0
	Masc	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco US*	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
Número de medicamentos em uso**	Até 4	0
	Mais de 4	22
Depressão ***	Sem/não grave	0
	Grave	14

\*Quando não tiver classificação de risco na US considera-se o risco cardiovascular de Framingham

\*\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*\*Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

**SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO COM FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (Essa é a nova versão do instrumento, com algumas modificações após as sugestões da primeira etapa).**

Preencha a escala fazendo um "X" na coluna "Pontuação" conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna "TOTAL DE PONTOS". A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

ESCALA ULBRICH E MANTOVANI		
Variáveis preditoras	Categoria	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	> 55	10
Sexo	Feminino	0
	Masculino	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ Ex-tabagista	11
Tempo do diagnóstico de hipertensão (anos)	Até 10	0
	> 10	13
Número de medicamentos em uso*	Até 4	0
	> 4	22
Depressão	Sem diagnóstico	0
	Com diagnóstico/em tratamento	14
Classificação de risco Unidade de Saúde**	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

2. **2-O(A) Sr(a) considera que a aparência da nova versão do instrumento (com as mudanças) ficou: \***

Esta questão alcançou 90,6% de concordância e para melhoria foi: mesclada algumas células; incluído um campo para o total de pontos; explicado a sigla US; aumentado a letra do rodapé; inserido os símbolos (>) , escrito Ex-tabagista no lugar de "Ex" e foi retirado a cor azul das linhas;

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

3. **SUGESTÕES:**

.....

4. **3-Em relação a Clareza da nova versão do instrumento, o(a) Sr(a) considera que ficou: \***

Esta questão teve 81,3% de concordância e para melhoria foi escrito o significado da sigla US; o termo depressão grave foi substituído conforme sugestão; as palavras "Masculino" e "Feminino" foram escritas sem abreviação; as letras do rodapé foram aumentadas; a palavra classificação foi substituída por categoria; especificou-se que o tempo de diagnóstico é para HAS;

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

5. **SUGESTÕES:**

.....

6. **4- O(A) Sr(a) avalia que a nova versão do instrumento possa ser de fácil aplicação? \***

Esta questão obteve 100% de concordância e teve a sugestão de acrescentar um texto explicando sobre sua aplicação, a qual foi acatada. Desta forma solicitamos que o Sr(a) avalie novamente a facilidade de aplicação do instrumento com o acréscimo.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo Adequado

7. **SUGESTÕES:**

.....

8. **5-O(A) Sr(a) considera que o conteúdo da nova versão está adequado ao que o instrumento se propõe avaliar: \***

Esta questão obteve 81,3% de concordância e não houve modificações, pois as sugestões foram sobre o acréscimo de novos preditores, porém esses não podem ser realizados devido a construção da escala estar baseada em análise estatística.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

9. **SUGESTÕES:**

.....

10. **6-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "IDADE (ANOS)" na nova versão da escala adequado para o instrumento? \***

Esta questão obteve 93,8% de concordância e não houve alterações.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

11. **SUGESTÕES:**

.....

12. **7- O(A) Sr(a) considera o fator preditor "SEXO" adequado para a nova versão do instrumento? \***

Esta questão obteve 90,6% de concordância e não houve alterações.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

13. **SUGESTÕES:**

.....

14. **8- O(A) Sr(a) considera o fator preditor "TABAGISMO" adequado para a nova versão do instrumento? \***

Esta questão obteve 87,5% de concordância e não houve modificações.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

15. **SUGESTÕES:**

.....

16. **9- O fator preditor "TEMPO DE DIAGNÓSTICO ( ANOS)" alcançou a validade com 100% de concordância e não sofreu modificações , portanto NÃO NECESSITA DE OUTRA AVALIAÇÃO.**

.....

17. **10-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO" adequado para a nova versão do instrumento? \***

Esta questão obteve 81,3% de concordância e não houve alterações.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

18. **SUGESTÕES:**

.....

19. **11-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "DEPRESSÃO" adequado para a nova versão do instrumento? \***

Esta questão obteve 87,5% de concordância e para melhoria foi realizada alteração no termo depressão grave, na coluna categoria, por "Sem diagnóstico" ou "Com diagnóstico/em tratamento" e dessa forma excluiu-se a legenda "Considera-se depressão grave quando tem o diagnóstico médico e tratamento medicamentoso".

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

20. **SUGESTÕES:**

.....

21. **12-O(A) Sr(a) considera o fator preditor "CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE" adequado na nova versão do instrumento? \***

Esta questão obteve 71,9% de concordância e para melhoria foi realizada a mudança na sigla US e descrito seu significado, incluído o sistema de cores adotado pelo Ministério da Saúde e a variável "Classificação de risco na Unidade de saúde" como sugerido foi direcionada como último item da escala.

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

## 22. SUGESTÕES:

## VALIDAÇÃO DAS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ADULTOS HIPERTENSOS

### PRIMEIRA VERSÃO DAS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ADULTOS HIPERTENSOS (Essas foram as ações enviadas na primeira etapa da validação).

<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês e com equipe multidisciplinar**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio quando necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas

\*As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente; \*\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

### SEGUNDA VERSÃO DAS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ADULTOS HIPERTENSOS (Essa é a nova versão das ações para o gerenciamento do cuidado, com algumas modificações após as sugestões da primeira etapa).

Ações para o gerenciamento de cuidados	
Baixo Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
Moderado Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo trimestralmente;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- "Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe a multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
Alto Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem trimestralmente e agendamento de consulta com outros profissionais*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
Muito Alto Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas;

\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

23. 13-O(A) Sr(a) considera que as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de BAIXO RISCO para o desenvolvimento de complicações após modificações ficaram: \*

Esta questão obteve 93,8% de concordância e para melhoria foi substituído "duas vezes" por semestrais e foi retirada a legenda sobre educação em saúde;  
*Marcar apenas uma oval.*

1      2      3      4

Não adequado                    MUITÍSSIMO adequado

24. **SUGESTÕES:**25. **14-O(A) Sr(a) considera que as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de MODERADO RISCO para o desenvolvimento de complicações após modificações ficaram:**

Esta questão obteve 87,5% de concordância e para melhoria foi substituído "Reclassificação após doze meses" por "Reclassificação anual"; o item "Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar" foi substituído por "Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe a multidisciplinar".  
*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4		
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

26. **SUGESTÕES:**27. **15-O(A) Sr(a) considera que as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de ALTO RISCO para o desenvolvimento de complicações após as modificações ficaram: \***

Esta questão obteve 78,1% de concordância e para melhoria foi inserido o item "Realizar contato telefônico caso necessário"; Alterou-se o item "Visitas domiciliares como apoio caso necessário" por "Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário";  
*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4		
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

28. **SUGESTÕES:**29. **16-O(A) Sr(a) considera que as ações para o gerenciamento de cuidados à hipertensos de MUITO ALTO RISCO para o desenvolvimento de complicações após modificações ficaram: \***

Esta questão obteve 84,4% de concordância e para melhoria o item "Visitas domiciliares como apoio quando necessário" foi substituído por "Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessidade"; Incluiu-se o item "Realizar contato telefônico caso necessário"; No item : "Pactuação de metas conforme problemas identificados foi acrescentado "com equipe multidisciplinar"; o item "Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com equipe multidisciplinar" foi alterado para "Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar".  
*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4		
Não adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo adequado

30. **SUGESTÕES:**

## APÊNDICE 8- *FEEDBACK* DA PRIMEIRA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Caro (a) participante sua contribuição foi muito valiosa para nós, dessa forma realizamos uma compilação com todas as sugestões da primeira rodada do processo de validação e por meio delas providenciamos algumas mudanças na escala as quais estão explicadas neste documento. As sugestões que não foram acatadas estão justificadas.

Segue também a análise estatística dos respondentes, a primeira e a segunda versão da escala, agora nominada “Escala Ulbrich e Mantovani”.

**QUESTÃO 9- O(A) SR(A) CONSIDERA A APARÊNCIA DO INSTRUMENTO:**

**Sugestão 1:** Muitos itens estão em uma única linha tornando o quadro confuso - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Foram mescladas algumas células.

**Sugestão 2:** Incluir campo para total de pontos - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Foi incluído mais uma linha abaixo da última variável preditora com a inscrição "TOTAL DE PONTOS".

**Sugestão 3:** Considerar a possibilidade das notas de rodapé estarem mais próximas das variáveis de interesse - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Ao colocar a explicação próxima da variável de interesse a escala fica poluída visualmente

**Sugestão 4:** Explicar a sigla US – Indicada por 2 especialistas

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A sigla US foi trocada pelas palavras "Unidade de Saúde"

**Sugestão 5:** Aumentar as letras do rodapé - Indicada por 4 especialistas

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** As letras estavam com tamanho 8,5 e foram aumentadas para 11.

**Sugestão 6:** Se for considerar o risco de Framingham acho que já deve ser esclarecido quais os itens que o contemplam - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A escala foi construída para ser aplicada na atenção primária e com o propósito de que seja fácil seu manuseio. A inclusão de explicações sobre o escore de Framingham ou qualquer outra questão pode poluir a escala e a inserção deste

escore é para auxiliar em casos onde não houver outra classificação de risco já estabelecida na unidade de saúde.

**Sugestão 7:** Após "ex" deve ser descrito "ex-tabagista" - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Na coluna da classificação (coluna do meio) onde está escrito "Sim/ ex", foi alterado para "Sim/ Ex-tabagista"

**Sugestão 8:** Usar o símbolo > ("maior ou igual") ao invés da palavra "mais de" - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Na coluna de Classificação (coluna do meio) onde estava escrito "Mais de" foi substituído pelo símbolo ">".

**Sugestão 9:** Colocar os itens da coluna (classificação) na linha de baixo e não na frente do subtítulo anterior das variáveis preditoras, ex: Sexo, a palavra feminino deve estar na linha de baixo e não na mesma linha do quadro - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** As linhas de cada variável preditora que estavam divididas, foram mescladas para facilitar o entendimento.

**Sugestão 11:** Retirar as cores das linhas, pois induz o leitor a dar maior atenção aos itens destacados pela cor - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A cor azul foi retirada.

**Sugestão 12:** Poderia ter uma nota explicando os critérios da pontuação e as suas variáveis - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Assim como outras escalas que encontramos na literatura, as pontuações não são explicadas, visto que estas derivam de trabalhos maiores e são estabelecidas após análises estatísticas, assim como no trabalho que fundamentou o desenvolvimento desta escala. A pontuação atribuída para cada variável se deu

com base em análise estatística por meio de um modelo multivariado. Neste, buscou-se avaliar de forma multivariada o efeito das variáveis sobre a probabilidade da presença de uma complicação, desta forma ajustou-se a um modelo de regressão logística (*Stepwise backward*), incluindo-se como variável explicativa aquelas que representaram valor de  $p < 0,05$  na análise univariada. Para cada variável, na presença das demais variáveis incluídas no modelo (idade, sexo, tabagismo, etilismo, diabetes, tempo de diagnóstico, classificação na Unidade de Saúde, tempo de atividade física na semana, depressão, número de medicamentos), testou-se a hipótese nula de que a probabilidade de presença de complicação é igual para as duas classificações da variável *versus* a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Após o ajuste do modelo multivariado e a partir dos valores estimados da *Odds Ratio* (OR) foi construída uma escala de pontos com variação de 0 a 100, para tanto foi calculada a representatividade de cada variável considerando a soma dos valores de OR.

**QUESTÃO 10- EM RELAÇÃO A CLAREZA DO INSTRUMENTO, O(A) SR(A)**  
**CONSIDERA:**

**Sugestão 1:** Explicar a sigla US - *Indicada por 8 especialistas*

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A sigla US foi substituída pelas palavras “Unidade de Saúde”

**Sugestão 2:** Especificar o que considera tabagista, pois não pode-se considerar na mesma pontuação aquele que fuma um cigarro a cada três dias e aquele que fuma 2 cartelas por dia - *Indicada por 1 especialista*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Na pesquisa em que originou a escala, os tabagistas e ex-tabagistas foram agrupados e a partir disso foi realizada a correlação com a presença de complicações, tendo por base um nível de significância de  $p: 0,001$ . Dessa forma, não há como fazer a distinção sugerida, pois os autores não fizeram-na.

**Sugestão 3:** O termo “depressão grave” não deveria ser grave na escala e sim: em tratamento ou diagnosticada e não diagnosticada ou não tratada - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Na coluna “Classificação” onde estava escrito “sem/ não grave” foi substituído por “sem diagnóstico” e onde estava escrito “Grave” foi substituído por “Com diagnóstico/em tratamento”, desta forma não há necessidade de manter a nota de rodapé: “Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso”, a qual foi retirada da escala.

**Sugestão 4:** As palavras masculino e feminino poderiam ser escritas por extenso dentro da escala - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Na indicação de “sexo” as abreviações: “Mas e Fem” foram substituídas por : Masculino e Feminino

**Sugestão 5:** Quanto ao número dos medicamentos, talvez seja interessante discriminar quantos são para o tratamento da Hipertensão - Indicada por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** A elaboração da escala teve por base a análise estatística advinda da coleta de dados com 387 hipertensos e ao questioná-los sobre os medicamentos em uso, todos eram listados, não somente os medicamentos para a Hipertensão e a análise da relação entre o número de medicamentos e o desenvolvimento de complicações foi realizada contando todos os medicamentos em uso.

**Sugestão 6:** Os escores mínimo e máximo para cada classificação não seguem uma sequência lógica. Por que não atribuir valores crescentes e com uma variação constante? - Indicada por 2 especialistas

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Pois a pontuação atribuída para cada variável se deu com base em análise estatística por meio de um modelo multivariado. Neste buscou-se avaliar de forma multivariada o efeito das variáveis sobre a probabilidade da presença de uma complicação, desta forma ajustou-se a um modelo de regressão logística (*Stepwise*

*backward*), incluindo-se como variáveis explicativas aquelas que representaram valor de  $p < 0,05$  na análise univariada. Para cada variável, na presença das demais variáveis incluídas no modelo (idade, sexo, tabagismo, etilismo, diabetes, tempo de diagnóstico, classificação na Unidade de Saúde, tempo de atividade física na semana, depressão, número de medicamentos), testou-se a hipótese nula de que a probabilidade de presença de complicação é igual para as duas classificações da variável *versus* a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Após o ajuste do modelo multivariado e a partir dos valores estimados da *Odds Ratio* (OR) foi construída uma escala de pontos com variação de 0 a 100, para tanto foi calculada a representatividade de cada variável considerando a soma dos valores de OR (FIGURA 1).

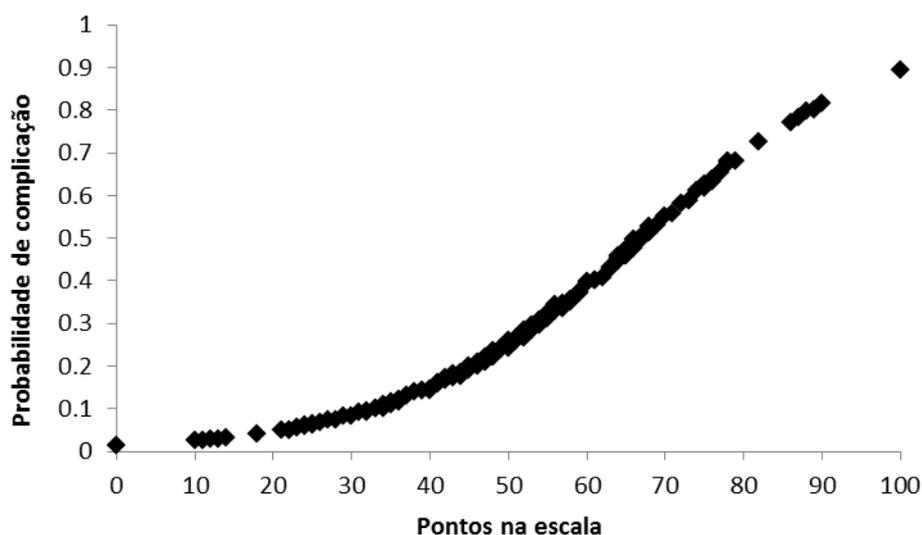


FIGURA 1 - RELAÇÃO ENTRE A PROBABILIDADE DE COMPLICAÇÃO ESTIMADA PELO MODELO E O NÚMERO DE PONTOS DA ESCALA CONSTRUÍDA.  
 FONTE: ULBRICH (2015).

**Sugestão 7:** Aumentar as letras do rodapé - *Indicada por 1 especialista*

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** As letras estavam com tamanho 8,5 e foram aumentadas para 11.

**Sugestão 8:** Colocar uma instrução sobre o que deve ser feito, por exemplo: assinalar e em seguida classificar - *Indicada por 2 especialistas*

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Antes da escala foi realizado o seguinte texto de instrução: “Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”, por meio da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas”.

**Sugestão 9:** A palavra CLASSIFICAÇÃO, no primeiro quadro, poderia ser substituída por CATEGORIA: ficaria mais adequada - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** A palavra “Classificação” foi substituída por “Categoria”.

**Sugestão 10:** Especificar que o tempo de diagnóstico é em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica - Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Na coluna “variáveis preditoras” foi substituído “Tempo de Diagnóstico (anos)” por “Tempo do diagnóstico médico de Hipertensão (anos)”

**Sugestão 11:** O instrumento está confuso (número de medicamento em uso é preditor?), e incompleto, pois faltam - sedentarismo, alcoolismo, estresse, sobrepeso ou obesidade, uso medicamentos hipertensores (corticóides, anticoncepcionais, etc), dislipidemias, intolerância a glicose ou diabetes mellitus. Recomendo a consulta sobre os fatores preditores de complicação da HAS nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e nas Diretrizes Europeias.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Em relação aos fatores preditores, esse foi um nome sugerido pela banca, na qualificação do projeto que originou a escala, pois esses fatores nos permitem prever, conforme a escala, se o risco é maior ou menor para o desenvolvimento de uma complicação.

Sabe-se que na literatura existem inúmeros fatores que podem potencializar o desenvolvimento de complicações, a escala que está sendo validada possui sete variáveis, que como explicado, foram aquelas estatisticamente significantes, ou seja, elas foram escolhidas por obedecerem um padrão, após a análise estatística.

Todos os documentos citados foram consultados, tanto para a elaboração do instrumento para coleta de dados que subsidiou a construção da escala e também para a criação da própria escala e das ações de cuidado, estas últimas baseadas inteiramente em protocolos e diretrizes.

**QUESTÃO 11- O(A) SR(A) AVALIA QUE O INSTRUMENTO POSSA SER DE FÁCIL APLICAÇÃO:**

**Sugestão 1:** A necessidade da existência de uma classificação do risco do indivíduo na Unidade de Saúde pode complicar a aplicação, uma vez que na falta deste índice há o impedimento de completar as informações do instrumento. Além disto, qual seria o instrumento de classificação do risco cardiovascular que deve ser considerado? Será que daria para você eleger um e acoplar à escala?- Indicada por 3 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Quais Alterações:** O Ministério da Saúde, bem como a Sociedade Brasileira de Cardiologia prevêem a estratificação de risco para pessoas hipertensas no nível primário de atenção. Como exemplo, o estado do Paraná e Santa Catarina utilizam a Classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde (FIGURA 2); Já, Minas Gerais aplica a estratificação proposta pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (FIGURA 3) e Belo Horizonte a indicada pela *European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology* (FIGURA 4). Todas essas formas de classificação, tem como base a associação dos estágios de Hipertensão e a presença de fatores de risco e comorbidades associadas. Porém, no caso da aplicação da escala se não houver nenhuma classificação de risco é indicado a de Framingham.

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>HAS estágio 1 (leve)</b> PAS 140 - 159 ou PAD 90 - 99	<b>HAS estágio 2 (moderada)</b> PAS 160 - 179 ou PAD 100 - 109	<b>HAS estágio 3 (grave)</b> PAS $\geq 180$ ou PAD $\geq 110$
Sem outros fatores de risco	<b>BAIXO RISCO</b>	<b>MÉDIO RISCO</b>	<b>ALTO RISCO</b>
1 a 2 fatores de risco	<b>MÉDIO RISCO</b>	<b>ALTO RISCO</b>	<b>MUITO ALTO RISCO</b>
3 ou mais fatores de risco e/ou lesões em órgãos-alvo e/ou Diabetes mellitus	<b>ALTO RISCO</b>	<b>ALTO RISCO</b>	<b>MUITO ALTO RISCO</b>
Condições clínicas associadas	<b>MUITO ALTO RISCO</b>	<b>MUITO ALTO RISCO</b>	<b>MUITO ALTO RISCO</b>

PAS - pressão arterial sistólica, PAD - pressão arterial diastólica

Fonte: Brasil, MS, 2001

FIGURA 2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS PROPOSTA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

FUNTE: BRASIL, 2001

Pressão arterial					
Fatores de risco	Ótima* < 120 mmHg < 80 mmHg	Limítrofe* < 130 mmHg < 85 mmHg	Estádio 1* 140 - 159 mmHg 90-99 mmHg	Estádio 2* 160 - 179 mmHg 100 - 109 mmHg	Estádio 3* $\geq 180$ mmHg $\geq 110$ mmHg
Sem fatores	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
1 a 2 fatores	Risco baixo		Risco médio		Risco muito alto
3 ou mais fatores ou lesão de órgão alvo	Risco médio	Risco alto			Risco muito alto
Ou diabetes ou doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto			

\* os valores são referência para a pressão arterial sistólica e diastólica  
Adaptado de : Sociedade Brasileira de Cardiologia

FIGURA 3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS PROPOSTA PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

FUNTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (2010)

CLASSIFICAÇÃO	NORMAL	LIMÍTROFE	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

(Fonte: 2007 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

FIGURA 4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS PROPOSTA PELA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION/ EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY  
 FONTE: MANCIA *et al.* (2007)

**Sugestão 2:** No item classificação de risco, acho que deve vir descrito os itens que classificam – Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Quais Alterações:** Cada estado ou cidade tem uma forma de classificação de risco porém, todas levam em consideração as mesmas variáveis, como já explicado na sugestão 1 desta questão. Além disso, estabelecer um tipo padrão de classificação estaria alterando a rotina das unidades.

**Sugestão 3:** Criar um pequeno texto antes do instrumento com orientações para seu uso– Indicada por 1 especialista

**Houve Alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Antes da escala foi realizado o seguinte texto de instrução: “Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”. A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas”.

**Sugestão 4:** Explicar os escores. O que eles representam? – Indicada por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Os escores não foram explicados, pois requerem uma explicação longa devido terem sido originados de análises estatísticas e que não auxiliam na aplicação da escala.

**Sugestão 5:** A escala deveria começar antes dos 55 anos – Indicada por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** A análise estatística realizada no trabalho que originou a escala mostra que é estatisticamente significativa a associação de pacientes com mais de 55 anos e o desenvolvimento de comorbidades.

**Sugestão 6:** Acrescentar um pequeno quadro com os escores de *Framingham* para tornar mais fácil a aplicação, pois alguns profissionais podem não conhecer – Indicada por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** O objetivo inicial da escala é não aplicar o *Framingham*, visto que segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e a VI Diretriz de Hipertensão é necessário que as unidades de saúde façam a classificação de risco dos pacientes. Além disso, o *Framingham* requer alguns exames laboratoriais que o enfermeiro é impossibilitado de requeri-los, impedindo que a escala seja aplicada no momento da consulta.

**Sugestão 7:** Na ausência desta classificação de risco da Unidade de Saúde sugere-se usar o *Framingham* mas algumas variáveis do *Framingham* estão contidas no seu instrumento, havendo então, pela duplicidade, maior força de associação nestas, o que é inadequado estatisticamente– Indicada por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Qualquer das classificações anteriores mesmo a da Unidade de Saúde tem algumas das variáveis desta escala.

**QUESTÃO 12- O(A) SR(A) CONSIDERA QUE O CONTEÚDO ESTÁ ADEQUADO  
AO QUE O INSTRUMENTO SE PROPÕE AVALIAR:**

**Sugestão 1:** As pontuações são distoantes (em especial, quanto ao sexo, ex-fumante, fumante e número de medicamentos) – Indicada por 2 especialistas

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Já explicado na sugestão 6 da questão 10

**Sugestão 2:** Incluir itens sobre raça, atividade física/sedentarismo e alimentação, consumo de álcool, histórico familiar, circunferência abdominal, índice de massa corporal, sobrepeso, obesidade e aspectos da não adesão medicamentosa que também estão relacionados ao risco – Indicada por 6 especialistas

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Os itens que fizeram parte da construção da escala foram aqueles estatisticamente significantes após análise multivariada e estes sugeridos, embora sejam citados na literatura não entraram na elaboração da escala.

**Sugestão 3:** Foi investigado a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial? Eles são fatores importantes para complicações – Indicada por 1 especialistas

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Na pesquisa que originou a escala somente os itens que obtiveram significância estatística fizeram parte do modelo multivariado, desta forma essa correlação não fez parte da escala.

**Sugestão 4:** Diminuir o limite de idade porque hoje as pessoas adoecem e têm complicações mais cedo

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem Sugestão 4 da questão 11

**Sugestão 5:** Diminuir a pontuação do sexo masculino, porque hoje as mulheres têm um estilo de vida semelhante ou muito próximo ao dos homens – Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Já explicado na sugestão 6 da questão 10

**Sugestão 6 :** Esclarecer que a classificação de risco na Unidade de Saúde considera análise da possibilidade de ataque a órgãos-alvo – Indicada por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Pois cada unidade de saúde pode possuir um tipo de classificação.

**Sugestão 7:** Acrescentar a presença ou não de diabetes – Indicada por 1 especialista

**Houve alterações :** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 6 da questão 10.

**QUESTÃO 13- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "IDADE"  
ADEQUADO PARA O INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1 :** Iniciar pontuação a partir dos 45 anos/ Apenas delimitaria o risco em torno dos 50 anos, e não dos 55 anos/ Considerar o aparecimento de Hipertensão em pessoas mais jovens/ Qual o critério utilizado para o corte em 55 anos? não seria 60, segundo literatura científica? – Indicada por 4 especialistas

**Houve alterações :** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 6 da questão 10

**Sugestão 2 :** Outros itens como alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo, obesidade também estão relacionados ao desenvolvimento de complicações – Indicada por 1 especialista.

**Houve alterações :** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 2 da questão 12

**QUESTÃO 14- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "SEXO"  
ADEQUADO PARA O INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Pontuação muito distoante. Há que se considerar que após a menopausa a mulher entra em um mesmo patamar que o homem para o risco de desenvolver complicações da Hipertensão. Acredito que as pontuações tem que ser diferentes/ Diminuiria a pontuação do sexo masculino – *Indicada por 5 especialistas.*

**Houve alterações :** Não

**Justificativa:** Idem, sugestão 6 da questão 10

**QUESTÃO 15- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "TABAGISMO"  
ADEQUADO PARA O INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Diferir as pontuações para ex-tabagista e tabagista atual/ Classificar os tabagistas ativos e ex-tabagistas com mesmo risco pode criar um viés de pesquisa – *Indicado por 6 especialistas.*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 2 da questão 10

**QUESTÃO 16- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "TEMPO DE  
DIAGNÓSTICO" ADEQUADO PARA O INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** O valor pressórico do atendimento poderia ser considerado? – *Indicado por 1 especialista*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Esta variável foi avaliada na pesquisa em questão, porém não foi verificada a associação com o desenvolvimento de complicações, pois foi aferida a pressão apenas uma vez.

**Sugestão 2:** Colocar tempo de diagnóstico médico – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A questão obteve 100% de concordância entre os *experts*, além disso fica claro que é diagnóstico médico de hipertensão, visto que só este profissional pode fazer o diagnóstico da doença.

**QUESTÃO 17- O(A) SR(A) CONSIDERA ADEQUADO O FATOR PREDITOR  
"CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE" ADEQUADO PARA O  
INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Padronizar a avaliação de risco utilizando somente a escala de *Framingham* – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A escala foi construída com o objetivo de ser aplicada por qualquer profissional da saúde, dessa forma, não pode ser utilizado a da *Framingham*, pois esta requer alguns exames que somente o médico pode solicitar.

**Sugestão 2:** Explicar a sigla US – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Idem, sugestão 3 da questão 9.

**Sugestão 3:** Considerar a possibilidade da inclusão do sistema de cores adotado pelo Ministério da Saúde – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Incluímos o sistema de cores adotado pelo Ministério da Saúde em que Baixo risco ficou de cor azul, moderado risco com verde, alto risco com amarelo e muito alto risco com vermelho.

**Sugestão 4:** Como se dá essa classificação? O uso de classificações de risco diferentes/adotadas pelos serviços pode gerar inconsistência nos dados – Indicado por 6 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem, sugestão 1 da questão 11.

**Sugestão 5:** Escolher um método de classificação padrão, ao invés de deixar aberto – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A maioria das Unidades de Saúde possuem uma Classificação de Risco estabelecida e sugerir outro tipo de classificação seria modificar a rotina das instituições quando do uso da escala.

**Sugestão 6:** O instrumento vai estar sendo utilizado na unidade de saúde? – Indicado por 1 especialista

Sim, após a validação de conteúdo e validação clínica, será realizado o teste com pacientes na Unidade de Saúde.

**Sugestão 7:** Deveria ser descrito na legenda quais os itens são contemplados para classificar o risco de *Framingham*: pressão não controlada, perfil lipídico alterado (pois caso a unidade de saúde não tenha esta avaliação, quem for aplicar o instrumento deverá saber classificar)– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 5 da questão 9

**Sugestão 8:** Por se tratar de fator extrínseco ao indivíduo, sugiro deixá-lo após os outros fatores apenas para melhor compreensão do instrumento– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A variável “Classificação de risco Unidade de Saúde” foi movida para a última linha da escala.

**QUESTÃO 18- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "NÚMERO DE  
MEDICAMENTOS EM USO" ADEQUADO PARA O INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Questionar os tipos de medicamentos para avaliar a interação medicamentosa – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A significância da interação medicamentosa no desenvolvimento de complicações não foi avaliada na pesquisa que propiciou o desenvolvimento da escala

**Sugestão 2:** Ser mais específico para Hipertensão, pois a pessoa pode usar muitos outros medicamentos que não tenham relação/ diferenciar os medicamentos para hipertensão e os utilizados para comorbidades – Indicado por 5 especialistas.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem, sugestão 5 da questão 10.

**Sugestão 3:** Por se tratar de fator extrínseco ao indivíduo, sugiro deixá-lo após os outros fatores apenas para melhor compreensão do instrumento – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Após a mudança da variável “Classificação de risco Unidade de Saúde” para a última linha da escala, considerou-se que o item está na posição adequada

**Sugestão 4:** Este fator está confuso. A que medicamentos se refere? Aos hipotensores?

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Este fator, como expresso na legenda da escala, refere-se a todos os medicamentos (hipotensores e qualquer outro que o paciente esteja usando), visto que na coleta de dados para a obtenção dessa informação e posterior correlação com a presença de complicações, foi solicitado que o paciente relatasse todos os medicamentos em uso. Acredita-se que o número de medicamentos, assim como a

literatura também aborda, seja um fator interveniente na adesão medicamentosa e dessa forma potencializa o aparecimento de complicações.

**QUESTÃO 19- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "DEPRESSÃO"  
ADEQUADO PARA O INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** As categorias definidas podem trazer vieses de compreensão/ Só ressaltaria a forma de escrever no quadro, poderia ser Diagnóstico de depressão: Sim ou Não – Indicado por 2 especialistas

**Houve Alterações:** Sim

**Quais alterações:** Idem, sugestão 3 da questão 10.

**Sugestão 2:** Não somente depressão, mas a ansiedade, o estresse – Indicado por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Na análise dos dados somente a escala de depressão mostrou-se correlacionada com o aparecimento de complicações.

**Sugestão 3:** A depressão será autorreferida ou precisa de diagnóstico médico? - Indicado por 2 especialistas

**Houve Alterações:** Sim

**Justificativa:** É depressão com diagnóstico médico. Na coluna "Classificação" onde estava escrito "sem/ não grave" foi substituído por "sem diagnóstico" e onde estava escrito "Grave" foi substituído por "Com diagnóstico/em tratamento", desta forma não é necessário a nota de rodapé: "Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso", a qual foi retirada da escala.

**Sugestão 4:** Desconheço a relação entre depressão e hipertensão, a não ser o fato de os indivíduos com depressão não conseguirem gerenciar o tratamento/ esclarecer a conexão entre a doença crônica e a depressão - Indicado por 4 especialistas

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Na coleta de dados que originou a escala, a associação entre Depressão e Complicações foi estatisticamente significativa. Alguns autores discorrem sobre essa correlação (QUINTANA, 2011; BAUTISTA *et al.*, 2012; GRIMSRUD *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2009)

**Sugestão 5:** Considerar substituição do termo "Sem", por "Ausente" - Indicado por 1 especialista

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Não retirou-se o "SEM", porém, modificou-se a expressão para: sem diagnóstico médico.

**QUESTÃO 20- O(A) SR(A) CONSIDERA AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO  
DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE BAIXO RISCO PARA O  
DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES:**

**Sugestão 1:** Especificar os profissionais responsáveis pela visita domiciliar - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Qualquer profissional pode realizar a visita, pois toda a aplicação da escala e acompanhamento dos pacientes deve ser realizada com o apoio da equipe multidisciplinar.

**Sugestão 2:** Se possível, evitar uso de nota de rodapé - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Quais alterações:** As notas de rodapé, no caso da escala, nos auxiliam a entendê-la melhor e evitam a poluição visual dentro do quadro.

**Sugestão 3:** Considerar a possibilidade de inclusão do contato telefônico - Indicado por 2 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Considera-se que as ações para este nível sejam suficientes, visto que somar a todas as ações mais o contato telefônico, poderia sobrecarregar a equipe.

**Sugestão 4:** Substituição de "duas vezes" por semestrais - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Foi substituído as palavras “duas vezes ao ano” em todos os estratos de risco pela palavra “semestrais”.

**Sugestão 5:** Sugerir COMPROMISSO da EQUIPE nas ações propostas - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Considera-se que isso está implícito em qualquer ação de cuidado.

**Sugestão 6:** Incluir prática de Atividade Física – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Considera-se que as atividades de educação em saúde estimularão e servirão para orientar o paciente às medidas não medicamentosas para redução de risco de desenvolver uma complicação.

**Sugestão 7:** Considero que o mínimo para as atividades de educação em saúde são três vezes/ aumentar o número de atividades de educação em saúde, pois seu principal objetivo é a promoção da saúde e prevenção de doenças - Indicado por 2 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Entende-se que as atividades de educação em saúde são importantes, mas deve-se levar em consideração a demanda das unidades de saúde e um atendimento que seja viável aos pacientes de baixo risco.

**Sugestão 8:** Minha dúvida é como isso se articularia com as políticas já estabelecidas. A intenção é mudá-las?- Indicado por 2 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Todas as ações foram planejadas tendo por base as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a Linha de cuidados, Hipertensão e Diabetes e o Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças crônicas Não transmissíveis no Brasil, desta forma a intenção não é mudar as políticas já existentes, mas tentar colocá-las em prática. Porém, isso será melhor verificado na próxima etapa do projeto que será a validação clínica e teste piloto.

**Sugestão 9:** Sugiro visita domiciliária anual e atividade de Educação em Saúde no dia da consulta, para viabilizar cumprimento de metas, já que muitos serão classificados neste estrato - *Indicado por 1 especialista.*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Considera-se que a visita domiciliar deve ser realizada no mínimo duas vezes ao ano. As atividades de educação em saúde no mesmo dia da consulta podem dificultar a participação dos pacientes, pois torna-se necessário que estes fiquem na unidade de saúde por muito tempo esperando a consulta e posteriormente a atividade.

**Sugestão 10:** Inserir o autocuidado apoiado - *Indicado por 1 especialista.*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Espera-se que a aplicação da escala e o acompanhamento dos pacientes com as atividades de educação em saúde, contato telefônico, visitas domiciliares, entre outros, desenvolva nos profissionais/pacientes a capacidade de desenvolver o cuidado apoiado.

**Sugestão 11:** Substituir o termo RECLASSIFICAÇÃO por REAVALIAÇÃO- *Indicado por 1 especialista.*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A reavaliação do paciente pode ocorrer em cada consulta, porém terá que ser reclassificado conforme tempo estabelecido.

**Sugestão 12:** A legenda para as atividades de educação em saúde menciona "mensalmente", mas o texto quantifica em 2 vezes ao ano. Ficou confuso. Quis dizer cada atividade em um mês diferente? - *Indicado por 1 especialista.*

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Foi retirada a legenda “As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente”, pois já está explícito o mínimo de atividades previstas para cada estrato de risco.

**Sugestão 13:** A consulta de enfermagem e as atividades de educação em saúde com Equipe Multiprofissional devem ser estabelecidas com intervalos bimestrais. Consulta médica semestral (2/ano) - Indicado por 1 especialista.

**Houve Alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 3 da questão 20

**QUESTÃO 21- O(A) SR(A) CONSIDERA AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO  
DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE MODERADO RISCO PARA O  
DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES:**

**Sugestão 1:** Especificar os profissionais responsáveis pela visita domiciliar – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 1 da questão 20

**Sugestão 2:** Consultas 4 vezes por ano – Indicado por 2 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Considera-se que consultas no mínimo 3 vezes ao ano conforme o fluxo e rotina de atendimento das Unidades de Saúde, bem como o descrito pelas diretrizes, esteja adequado.

**Sugestão 3:** Reescrever o segundo item: "Contato com o usuários (visitas domiciliares e contato telefônico) quadrimestralmente". – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Foi mantido a ação: “Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano”, pois caso seja possível a equipe pode estar realizando mais contatos.

**Sugestão 4:** O quarto item: "Reclassificação anualmente"– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A ação "Reclassificação após doze meses" foi substituída por "Reclassificação anual"

**Sugestão 5:** Sugerir compromisso da equipe para as ações descritas– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 5 da questão 20.

**Sugestão 6:** Não substituir as Visitas domiciliares por telefonemas – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Caso o profissional esteja impossibilitado de fazer a visita domiciliar, o contato telefônico pode ser muito útil para rever metas, por exemplo.

**Sugestão 7:** Considero que o mínimo para atividade de educação em saúde é três vezes– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Propõem-se um mínimo de duas por ano, fato que não impossibilita, caso se tenha condições, de realizar três ou mais atividades de educação em saúde.

**Sugestão 8:** As visitas domiciliares deveriam ser feitas cinco vezes ao ano = Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Propõem-se um mínimo de duas por ano, fato que não impossibilita os profissionais, caso se tenha condições de realizar cinco ou mais visitas domiciliares.

**Sugestão 9:** As atividades de educação em saúde deveriam ser mais frequentes como forma de prevenção de doenças – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 7 da questão 20.

**Sugestão 10:** Não está claro como o agendamento de consulta se difere da consulta em si – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A frase “Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar”, significa que o paciente vai pactuar metas e conforme a necessidade já vai deixar agendado a realização de uma próxima consulta. Dessa forma este item foi alterado para “Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe a multidisciplinar”

**Sugestão 11:** Sugiro duas visitas domiciliares, já que a operacionalização é mais difícil. Aprazamento em menor tempo.– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Caso não sejam passíveis de realizar todas as consultas propostas, pode ser realizado contato telefônico.

**Sugestão 12:** O contato telefônico no caso do indivíduo com risco moderado, possa ser a cada três meses– Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Caso a Unidade de saúde/ Equipe tenha disponibilidade este número pode ser aumentado, porém superestimar uma necessidade pode gerar sobrecarga.

**Sugestão 13:** Diminuir o intervalo para reclassificação – Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Estima-se que a reclassificação seja realizada após um ano de utilização da escala e acompanhamento dos pacientes, que é um período adequado para avaliar se estes tiveram modificações no nível de risco, porém se após a validação clínica, esta possibilidade mostrar-se viável, o item poderá ser alterado.

**Sugestão 14:** Consulta médica trimestral (3/ano)

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Consulta médica trimestral seria quatro vezes ao ano, diferente do que foi proposto pela escala ( três vezes ao ano).

**QUESTÃO 22- O(A) SR(A) CONSIDERA AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO  
DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE ALTO RISCO PARA O  
DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES:**

**Sugestão 1:** Especificar os profissionais responsáveis pela visita domiciliar - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 1 da questão 20

**Sugestão 2:** Reclassificação a cada 6 meses/ reclassificar em menos tempo - Indicado por 5 especialistas

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 13 da questão 21

**Sugestão 3:** Substituir “a cada três meses” por “Trimestralmente” - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A frase “Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais” Foi substituída por, “Consultas médicas e de enfermagem trimestralmente e agendamento de consulta com outros profissionais.

**Sugestão 4:** Considerar a possibilidade de contato telefônico periódico - Indicado por 2 especialistas

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Foi inserido o item “Realizar contato telefônico caso necessário”.

**Sugestão 5:** Visitas domiciliares obrigatórias/ Visitas domiciliares, assim como no grupo de baixo risco deve ser considerada rotina é não apenas apoio - Indicado por 3 especialistas.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Alterou-se o item “Visitas domiciliares como apoio caso necessário” por “Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário”

**Sugestão 6:** A visita domiciliar deve ser implementada com lapso de 3 meses/ou pelo menos 3 vezes ao ano - Indicado por 3 especialistas

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Substituiu-se “Visitas domiciliares como apoio caso necessário” por “Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessário”

**Sugestão 7:** Especificar o número mínimo de visitas domiciliares - Indicado por 3 especialistas

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Idem sugestão 6 da questão 22.

**Sugestão 8:** Acrescentar apenas atividades de educação em saúde com a equipe multidisciplinar: educador físico, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e médicos - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A aplicação das ações de cuidado foi realizada tendo como alvo toda a equipe (subentende-se que o trabalho é multiprofissional).

**Sugestão 9:** A consulta de enfermagem e as atividades de educação em saúde com Equipe Multiprofissional com intervalos bimestrais. Consulta médica quadrimestral (4/ano) - Indicado por 1 especialista

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Quadrimestralmente como sugerido significa três vezes ao ano, assim como é proposto pela escala.

**QUESTÃO 23- O(A) SR(A) CONSIDERA AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO  
DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE MUITO ALTO RISCO PARA O  
DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES:**

**Sugestão 1:** Considerar o encaminhamento a serviços especializados – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Entende-se que a consulta realizada de forma multiprofissional prevê esse tipo de ação.

**Sugestão 2:** Especificar o número mínimo de visitas domiciliares/ Não pode ocorrer somente quando necessário – Indicado por 4 especialistas.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** O item “Visitas domiciliares como apoio quando necessário” foi substituído por “Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessidade”.

**Sugestão 3:** Realização de ações de educação em saúde mensais – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** As atividades de educação estão agendadas para no **Mínimo** quatro vezes ao ano, o que não impede, caso a equipe tenha disponibilidade em ofertar mais atividades.

**Sugestão 4:** Acrescentar atividades de educação em saúde com a equipe multidisciplinar: educador físico, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e médicos – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 8 da questão 22.

**Sugestão 5:** Reclassificar em menos tempo – Indicado por 2 especialistas.

**Houve alterações:** Não

**Quais alterações:** Idem sugestão 13 da questão 21

**Sugestão 7:** Para todos os níveis de classificação poderia ser previsto o envolvimento da família nas orientações – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** As ações de cuidado para pessoas com doenças crônicas sempre que viável devem envolver a família.

**Sugestão 8:** Considerar o contato telefônico para supervisão das metas – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Incluiu-se o item “Realizar contato telefônico caso necessário”

**Sugestão 9:** Considerar visita domiciliar como obrigatória e não apenas apoio, a cada 3 meses ou pelo menos 3 vezes ao ano – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Idem sugestão 2 da questão 23.

**Sugestão 10:** Inserir o termo "com equipe multidisciplinar" no 3º tópico, da mesma forma em que está descrito no nível anterior – Indicado por 2 especialistas.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** Na Frase: “Pactuação de metas conforme problemas identificados foi acrescentado “com equipe multidisciplinar”.

**Sugestão 11:** Sugiro incrementar atividades para que seja diferenciado do nível anterior – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa :** As ações propostas foram elencadas com base em protocolos e diretrizes e não visam sobrecarregar a equipe/paciente, considera-se que estas estejam adequadas, com as modificações já propostas.

**Sugestão 12:** O termo INTERCALADAS não ficou claro – Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A frase: “Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com equipe multidisciplinar” foi alterada para “Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar”.

**Sugestão 13:** A consulta médica e de enfermagem e as atividades de educação em saúde com Equipe Multiprofissional devem ser realizadas com intervalos bimestrais - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Quais alterações:** Idem sugestão 12 da questão 23.

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO COM  
EXPERTS**

Na tabela abaixo são apresentadas as respostas dos *experts* de acordo com as opções de respostas em 4 níveis.

TABELA 1- DESCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO EM QUATRO OPÇÕES. CURITIBA, PR, BRASIL

Pergunta	Opções de resposta			
	Não adequado	Pouco adequado	Consideravelmente adequado	Muitíssimo adequado
Aparência do Instrumento	0 (0%)	3 (9,4%)	16 (50%)	13 (40,6%)
Clareza do Instrumento	1 (3,1%)	5 (15,6%)	14 (43,8%)	12 (37,5%)
Facilidade de Aplicação	0 (0%)	0 (0%)	12 (37,5%)	20 (62,5%)
Adequação do Conteúdo	2 (6,3%)	4 (12,5%)	9 (28,1%)	17 (53,1%)
Variável preditora “Idade”	0 (0%)	2 (6,3%)	9 (28,1%)	21 (65,6%)
Variável preditora “Sexo”	2 (6,3%)	1 (3,1%)	10 (31,3%)	19 (59,4%)
Variável preditora “Tabagismo”	1 (3,1%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	26 (81,3%)
Variável preditora “Tempo de Diagnóstico”	0 (0%)	0 (0%)	9 (28,1%)	23 (71,9%)
Variável preditora “Classificação de Risco na Unidade de Saúde”	2 (6,3%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	14 (43,8%)
Variável preditora “Classificação de risco na unidade de Saúde”	0 (0%)	6 (18,8%)	6 (18,8%)	20 (62,5%)
Variável preditora “Depressão”	1 (3,1%)	3 (9,4%)	12 (37,5%)	16 (50%)
Ações de cuidado para o Baixo risco	0 (0%)	2 (6,3%)	11 (34,4%)	19 (59,4%)
Ações de cuidado para o moderado risco	0 (0%)	4 (12,5%)	10 (31,3%)	18 (56,3%)
Ações de cuidado para o alto risco	0 (0%)	7 (21,9%)	10 (31,3%)	15 (46,9%)
Ações de cuidado para o muito alto risco	0 (0%)	5 (15,6%)	14 (43,8%)	13 (40,6%)

FONTE: O autor (2015)

Na Tabela 2 são apresentadas as respostas dos *experts* de acordo com as opções de respostas em 2 níveis. Foram agrupadas as respostas “Não adequado” e

“Pouco adequado” (Não adequado) e agrupadas as respostas “Consideravelmente adequado” e “Muitíssimo adequado” (Adequado).

TABELA 2- DESCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO EM DUAS OPÇÕES. CURITIBA, PR, BRASIL

Pergunta	Resposta (n=32)	
	Não adequado	Adequado
Aparência do Instrumento	3 (9,4%)	29 (90,6%)
Clareza do Instrumento	6 (18,8%)	26 (81,3%)
Facilidade de Aplicação	0 (0%)	32 (100%)
Adequação do Conteúdo	6 (18,8%)	26 (81,3%)
Variável preditora “Idade”	2 (6,3%)	30 (93,8%)
Variável preditora “Sexo”	3 (9,4%)	29 (90,6%)
Variável preditora “Tabagismo”	4 (12,5%)	28 (87,5%)
Variável preditora “Tempo de Diagnóstico”	0 (0%)	32 (100%)
Variável preditora “Classificação de Risco na Unidade de Saúde”	9 (28,1%)	23 (71,9%)
Variável preditora “Classificação de risco na unidade de Saúde”	6 (18,8%)	26 (81,3%)
Variável preditora “Depressão”	4 (12,5%)	28 (87,5%)
Ações de cuidado para o Baixo risco	2 (6,3%)	30 (93,8%)
Ações de cuidado para o moderado risco	4 (12,5%)	28 (87,5%)
Ações de cuidado para o alto risco	7 (21,9%)	25 (78,1%)
Ações de cuidado para o muito alto risco	5 (15,6%)	27 (84,4%)

FONTE: O autor (2015)

### **AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO E ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA ESCALA**

Para esta análise foram consideradas as respostas das Questões de 9 a 23 em 4 níveis (“Não adequado”, “Pouco adequado”, “Consideravelmente adequado” e “Muitíssimo adequado”).

O coeficiente Alfa de Cronbach estimado foi de 0,801 indicando boa consistência interna do questionário.

O Índice de Validade de Conteúdo para a primeira rodada do processo de validação foi de 0,872.

**PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA ULBRICH E MANTOVANI**

Variáveis preditoras	Classificação	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Fem	0
	Masc	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco US*	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
Número de medicamentos em uso**	Até 4	0
	Mais de 4	22
Depressão ***	Sem/não grave	0
	Grave	14

\*Quando não tiver classificação de risco na US considera-se o risco cardiovascular de Framingham

\*\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*\*Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês e com equipe multidisciplinar**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio quando necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas

\*As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente; \*\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

## SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA ULBRICH E MANTOVANI

Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”. A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

<b>ESCALA ULBRICH E MANTOVANI</b>		
<b>Variáveis preditoras</b>	<b>Categoria</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Idade (anos)</b>	<b>Até 55</b>	<b>0</b>
	<b>&gt; 55</b>	<b>10</b>
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	<b>0</b>
	<b>Masculino</b>	<b>12</b>
<b>Tabagismo</b>	<b>Não</b>	<b>0</b>
	<b>Sim/ Ex-tabagista</b>	<b>11</b>
<b>Tempo do diagnóstico de Hipertensão (anos)</b>	<b>Até 10</b>	<b>0</b>
	<b>&gt; 10</b>	<b>13</b>
<b>Número de medicamentos em uso*</b>	<b>Até 4</b>	<b>0</b>
	<b>&gt; 4</b>	<b>22</b>
<b>Depressão</b>	<b>Sem diagnóstico</b>	<b>0</b>
	<b>Com diagnóstico/em tratamento</b>	<b>14</b>
<b>Classificação de risco Unidade de Saúde**</b>	<b>Baixo</b>	<b>0</b>
	<b>Médio/alto/muito alto</b>	<b>18</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

\*Todos os medicamentos utilizados.

\*\*Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de *Framingham*.

<b>Pontos na escala</b>	<b>Risco de complicação</b>	<b>Probabilidade de ter complicação</b>
<b>Até 50</b>	<b>Baixo</b>	<b>Menor do que 25%</b>
<b>51 a 67</b>	<b>Moderado</b>	<b>25% a 49,9%</b>
<b>68 a 82</b>	<b>Alto</b>	<b>50% a 74,9%</b>
<b>Mais de 82</b>	<b>Muito alto</b>	<b>75% ou mais</b>

<b>Ações para o gerenciamento de cuidados</b>	
<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem trimestralmente e agendamento de consulta com outros profissionais*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas

\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

## REFERÊNCIAS

BAUTISTA, L. E. *et al.* Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. **Am J Hypertens.**, v. 25, n. 4, p. 505-511, apr. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588114/> . Acesso em 20/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FONSECA, F. C. A. *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf> . Acesso em 06/03/2013.

GRIMSRUD, A. *et al.* The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. **Hypertension & Mental Health**, v. 4, n. 5, p. 1-9, 2009. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.005552&representation=PDF> . Acesso em 09/04/2015.

MANCIA, G.; DE BACKER, G.; DOMINICZAK, A. *et al.* 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). **J Hypertens.** n.25, p.1105-87, 2007.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 3-17, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a02.pdf> . Acesso em 29/03/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf) > Acesso em: 09/04/2015.

## APÊNDICE 9- *FEEDBACK* DA SEGUNDA RODADA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Caro (a) participante sua contribuição foi muito valiosa para nós, dessa forma realizamos uma compilação com todas as sugestões da segunda rodada do processo de validação e por meio delas providenciamos algumas mudanças na escala as quais estão explicadas neste documento. As sugestões não acatadas estão justificadas e algumas ficarão abertas para discussão na reunião de consenso.

Segue também a análise estatística dos respondentes desta rodada, a primeira, a segunda e a terceira versão da escala, nominada “Escala Ulbrich e Mantovani”.

**QUESTÃO 3 - O(A) SR(A) CONSIDERA QUE A APARÊNCIA DA NOVA VERSÃO DO INSTRUMENTO (COM AS MODIFICAÇÕES) FICOU:**

**Sugestão 1:** Separar tudo o que corresponde a cada variável preditora com uma linha de grade mais grossa - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Sim

**Quais Alterações:** Foi utilizada uma linha de grade de 3pt para separar cada variável preditora.

**Sugestão 2:** Centralizar os resultados da escala - Indicado por 2 especialistas.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Todos os dados da escala estão centralizados, exceto as legendas.

**Sugestão 3:** Sugiro manter as cores da escala anterior - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Considerou-se adequado pelos autores utilizar as cores que o Ministério da Saúde preconiza, pois é um alerta visual para quem esta utilizando.

**Sugestão 4:** No texto prévio, substitua "faça o somatório" por "faça a soma" - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Sim.

**Quais Alterações:** a frase "... variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna "TOTAL DE PONTOS", foi substituída por "... variáveis preditoras e em seguida faça a soma indicando o valor na coluna "TOTAL DE PONTOS".

**Sugestão 5:** Sugiro que se mantenha a informação visual das cores com pequena alteração: risco de complicação baixo (verde); moderado (amarelo); alto (alguma cor entre amarelo e vermelho, talvez o laranja ou um vermelho em uma tonalidade abaixo); muito alto (vermelho) - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Esta questão será discutida com os *experts* na reunião de consenso.

**QUESTÃO 4- EM RELAÇÃO A CLAREZA DA NOVA VERSÃO DO INSTRUMENTO, O(A) SR(A) CONSIDERA QUE FICOU:**

**Sugestão 1:** Substituir a palavra “Número” por “Quantidade” de medicamentos. Para quem avalia, o termo " variáveis preditoras " está claro, mas, talvez, não para quem utilizará a escala. Esse termo poderia ser substituído por "itens avaliados" - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A expressão “Quantidade de medicamentos” pode ter uma resposta subjetiva, como bastante, pouco etc. E a expressão “Número de medicamentos” já sugere uma resposta objetiva (1,2, 3 ou mais etc.). E manteve-se o termo “variáveis preditoras” como sugerido pela banca na defesa da tese que originou o instrumento, pois os itens são capazes de predizer o aparecimento de complicações, além disso, para a validação clínica e teste da escala na atenção primária os profissionais terão treinamento para aplicarem-na.

**Sugestão 2:** Sugiro escrever “Numero de medicamentos utilizados (para qualquer tipo de agravo)” e "Classificação de risco na unidade, caso não utilize utilizar o score de *Framingham*" e retirar as notas de rodapé - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Fizemos a opção da nota de rodapé para não poluir a escala.

**8- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "SEXO" ADEQUADO PARA A NOVA VERSÃO DO INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** É preciso considerar reposição hormonal/menopausa - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Esses fatores não foram avaliados no estudo que originou a escala.

**9- O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "TABAGISMO" ADEQUADO PARA A NOVA VERSÃO INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Estratificar ex-tabagista e tabagista separado - Indicado por 4 especialistas.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Assim como justificado na primeira rodada, na pesquisa em que originou a escala, os tabagistas e ex-tabagistas foram agrupados e a partir disso foi realizada a correlação com a presença de complicações, tendo por base um nível de significância de  $p: 0,001$ . Dessa forma, não há como fazer a distinção sugerida, pois os autores não fizeram-na.

**10- O FATOR PREDITOR "TEMPO DE DIAGNÓSTICO (ANOS)" ALCANÇOU A VALIDADE COM 100% DE CONCORDÂNCIA E NÃO SOFREU MODIFICAÇÕES, PORTANTO NÃO PRECISOU SER AVALIADO NA SEGUNDA RODADA**

**11-O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO" ADEQUADO PARA A NOVA VERSÃO DO INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Modificar para: "Número de medicamentos utilizados (para qualquer tipo de agravado)" e "Classificação de risco na unidade, caso não utilize utilizar o escore de *Framingham*" e retirar as notas de rodapé. Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 2 da questão 4

**Sugestão 2:** Especificar o tipo de medicamento (Anti-Hipertensivos). Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Assim como justificado na primeira rodada, a coleta de dados que originou a escala teve por base a análise estatística dos dados coletados com 387 hipertensos e ao questioná-los sobre os medicamentos em uso, todos eram listados, não somente os medicamentos para a Hipertensão, desta forma, a análise da relação entre o número de medicamentos e o desenvolvimento de complicações foi realizada considerando todos os medicamentos em uso.

**12-O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "DEPRESSÃO" ADEQUADO PARA A NOVA VERSÃO DO INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Talvez a pessoa que utilize o instrumento possa ficar em dúvida quando o paciente tiver o diagnóstico mas não tiver dado continuidade ao tratamento. Se encaixaria no que antes (primeira rodada de validação) era grave? - Indicado por 2 especialistas.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** O paciente que possui o diagnóstico de depressão tem um fator preditor para complicações, independente se tratada ou não. E esse fator tem o mesmo sentido da versão anterior da escala que estava escrito como “Depressão Grave” e indicada em nota de rodapé que grave significava com diagnóstico ou em tratamento, a mudança foi apenas na descrição do item, com exclusão da nota de rodapé, pois a nova descrição esclareceu o termo.

**13-O(A) SR(A) CONSIDERA O FATOR PREDITOR "CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE" ADEQUADO PARA A NOVA VERSÃO DO INSTRUMENTO?**

**Sugestão 1:** Sugiro: "Classificação de risco na unidade, caso não utilize utilizar o escore de *Framingham*" e retirar as notas de rodapé - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Idem sugestão 2 da questão 4

**Sugestão 2:** Ainda é um ponto que necessita de melhor apresentação das autoras permitindo àqueles que utilizarão o instrumento a possibilidade de realizar o cálculo do risco de maneira fácil e acessível - *Indicado por 1 especialista.*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** Assim como explicado na primeira rodada do processo de validação a classificação de risco para hipertensos é preconizada pelo Ministério da Saúde, caso não esteja sendo realizada é necessário avaliar o paciente para obter a classificação.

**14- O(A) SR(A) CONSIDERA QUE AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE BAIXO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES APÓS MODIFICAÇÕES FICARAM**

Esta questão não recebeu sugestões na segunda rodada do processo de validação

**15-O(A) SR(A) CONSIDERA QUE AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE MODERADO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES APÓS MODIFICAÇÕES FICARAM:**

**Sugestão 1:** Atentar para a redução do número visitas domiciliares, a medida que a classificação se agrava - *Indicado por 1 especialista.*

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A redução de visitas ocorreu para tornar o plano de cuidados viável, uma vez que para os pacientes de moderado, alto e muito alto risco outras atividades também são realizadas com maior frequência.

**16-O(A) SR(A) CONSIDERA QUE AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE ALTO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES APÓS AS MODIFICAÇÕES FICARAM:**

**Sugestão 1:** Modificar a frase "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário " para "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário"- Indicado por 4 especialistas.

**Houve alterações:** Sim

**Quais alterações:** A frase foi alterada conforme sugestão.

**Sugestão 2:** A realização de três visitas é um objetivo alcançável para a clientela de ALTO RISCO - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A escala indica no mínimo duas visitas domiciliares para este grupo de risco, desta forma, se for possível, podem ser realizadas outras além das sugeridas.

**17-O(A) SR(A) CONSIDERA QUE AS AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE CUIDADOS À HIPERTENSOS DE MUITO ALTO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES APÓS MODIFICAÇÕES FICARAM:**

**Sugestão 1:** Modificar a frase "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se caso necessário " para "realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário" – Indicado por 2 especialistas.

**Houve alterações:** Sim.

**Quais Alterações:** Idem sugestão 1 da questão 16.

**Sugestão 2:** Atentar para a redução do número visitas domiciliares, a medida que a classificação se agrava - Indicado por 1 especialista.

**Houve alterações:** Não

**Justificativa:** A escala indica um número mínimo de visitas domiciliares, não impossibilitando, se possível, a realização de outras além do que o recomendado.

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DA SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO COM  
EXPERTS**

Na Tabela 1 são apresentadas as respostas dos *experts* de acordo com as opções de respostas em 4 níveis.

TABELA 1- DESCRIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* ÀS QUESTÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO EM QUATRO NÍVEIS. CURITIBA, PR, BRASIL

Pergunta	Opções de resposta			
	Não adequado	Pouco adequado	Consideravelmente adequado	Muitíssimo adequado
Nova versão do instrumento	0 (0%)	0 (0%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
Clareza	0 (0%)	1 (3,8%)	4 (15,4%)	21 (80,8%)
Facilidade de aplicação	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,7%)	24 (92,3%)
Conteúdo da nova versão do instrumento	0 (0%)	1 (3,8%)	9 (34,6%)	16 (61,5%)
Fator preditor "Idade"	1 (3,8%)	0 (0%)	5 (19,2%)	20 (76,9%)
Fator preditor "Sexo"	0 (0%)	0 (0%)	5 (19,2%)	21 (80,8%)
Fator preditor "Tabagismo"	1 (3,8%)	1 (3,8%)	8 (30,8%)	16 (61,5%)
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	0 (0%)	1 (3,8%)	7 (26,9%)	18 (69,2%)
Fator preditor "Depressão"	0 (0%)	0 (0%)	7 (26,9%)	19 (73,1%)
Fator preditor "Classificação de risco na unidade"	0 (0%)	0 (0%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)
Ações de cuidado para o "Baixo risco"	0 (0%)	1 (3,8%)	3 (11,5%)	22 (84,6%)
Ações de cuidado para o "Moderado risco"	1 (3,8%)	0 (0%)	3 (11,5%)	22 (84,6%)
Ações de cuidado para o "Alto risco"	0 (0%)	0 (0%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
Ações de cuidado para o "Muito alto risco"	0 (0%)	0 (0%)	4 (15,4%)	22 (84,6%)

Fonte: O autor (2015)

Na Tabela 2 são apresentadas as respostas dos *experts* de acordo com as opções de respostas em 2 níveis. Foram agrupadas as respostas "Não adequado" e "Pouco adequado" (Não adequado) e as respostas "Consideravelmente adequado" e "Muitíssimo adequado" (Adequado).

TABELA 2- DESCRIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS *EXPERTS* ÀS QUESTÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO EM DOIS NÍVEIS. CURITIBA, PR, BRASIL

Pergunta	Resposta (n=26)		Total
	Não adequado	Adequado	
Nova versão do instrumento	0 (0%)	26 (100%)	26
Clareza	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Facilidade de aplicação	0 (0%)	26 (100%)	26
Conteúdo da nova versão do instrumento	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Fator preditor "Idade"	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Fator preditor "Sexo"	0 (0%)	26 (100%)	26
Fator preditor "Tabagismo"	2 (7,7%)	24 (92,3%)	26
Fator preditor "Número de medicamentos em uso"	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Fator preditor "Depressão"	0 (0%)	26 (100%)	26
Fator preditor "Classificação de risco na unidade"	0 (0%)	26 (100%)	26
Ações de cuidado para o "Baixo risco"	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Ações de cuidado para o "Moderado risco"	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Ações de cuidado para o Alto risco"	0 (0%)	26 (100%)	26
Ações de cuidado para o "Muito alto risco"	0 (0%)	26 (100%)	26

Fonte: O autor (2015)

### **AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO E ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA ESCALA**

Para esta análise foram consideradas as respostas das Questões de 3 a 17 (exceto a questão de número 10) em 4 níveis ("Não adequado", "Pouco adequado", "Consideravelmente adequado" e "Muitíssimo adequado").

O coeficiente Alfa de Cronbach estimado foi de 0,763 indicando uma consistência interna aceitável.

O Índice de Validade de Conteúdo para a segunda rodada foi de 0,98.

**PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA DE PREDIÇÃO “ULBRICH E MANTOVANI”**

Variáveis preditoras	Classificação	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Fem	0
	Masc	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco US*	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
Número de medicamentos em uso**	Até 4	0
	Mais de 4	22
Depressão ***	Sem/não grave	0
	Grave	14

\*Quando não tiver classificação de risco na US considera-se o risco cardiovascular de Framingham

\*\*Todos os medicamentos utilizados

\*\*\*Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico e tratamento medicamentoso

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento de consultas com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo duas vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio caso necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês e com equipe multidisciplinar**;</li> <li>- Visitas domiciliares como apoio quando necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde* agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação após doze meses.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas

\*As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente; \*\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

## SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA DE PREDIÇÃO “ULBRICH E MANTOVANI”

Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”. A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

ESCALA ULBRICH E MANTOVANI		
Variáveis preditoras	Categoria	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	> 55	10
Sexo	Feminino	0
	Masculino	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ Ex-tabagista	11
Tempo do diagnóstico de Hipertensão (anos)	Até 10	0
	> 10	13
Número de medicamentos em uso*	Até 4	0
	> 4	22
Depressão	Sem diagnóstico	0
	Com diagnóstico/em tratamento	14
Classificação de risco Unidade de Saúde**	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

\*Todos os medicamentos utilizados.

\*\*Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham.

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

<b>Ações para o gerenciamento de cuidados</b>	
<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- “Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem trimestralmente e agendamento de consulta com outros profissionais;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e conforme necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas

\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

### TERCEIRA VERSÃO DA ESCALA DE PREDIÇÃO ULBRICH E MANTOVANI

Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça a soma indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”. A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

<b>ESCALA ULBRICH E MANTOVANI</b>		
<b>Variáveis preditoras</b>	<b>Categoria</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Idade (anos)</b>	<b>Até 55</b>	<b>0</b>
	<b>&gt; 55</b>	<b>10</b>
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	<b>0</b>
	<b>Masculino</b>	<b>12</b>
<b>Tabagismo</b>	<b>Não</b>	<b>0</b>
	<b>Sim/ Ex-tabagista</b>	<b>11</b>
<b>Tempo do diagnóstico de hipertensão (anos)</b>	<b>Até 10</b>	<b>0</b>
	<b>&gt; 10</b>	<b>13</b>
<b>Número de medicamentos em uso*</b>	<b>Até 4</b>	<b>0</b>
	<b>&gt; 4</b>	<b>22</b>
<b>Depressão</b>	<b>Sem diagnóstico</b>	<b>0</b>
	<b>Com diagnóstico/em tratamento</b>	<b>14</b>
<b>Classificação de risco Unidade de Saúde**</b>	<b>Baixo</b>	<b>0</b>
	<b>Médio/alto/muito alto</b>	<b>18</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

\*Todos os medicamentos utilizados.

\*\*Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham.

<b>Pontos na escala</b>	<b>Risco de complicação</b>	<b>Probabilidade de ter complicação</b>
<b>Até 50</b>	<b>Baixo</b>	<b>Menor do que 25%</b>
<b>51 a 67</b>	<b>Moderado</b>	<b>25% a 49,9%</b>
<b>68 a 82</b>	<b>Alto</b>	<b>50% a 74,9%</b>
<b>Mais de 82</b>	<b>Muito alto</b>	<b>75% ou mais</b>

<b>Ações para o gerenciamento de cuidados</b>	
<b>Baixo Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Visitas domiciliares duas vezes ao ano;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Moderado Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano;</li> <li>- Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>
<b>Muito Alto Risco de complicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar*;</li> <li>- Realizar contato telefônico caso necessário;</li> <li>- Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário;</li> <li>- Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar;</li> <li>- Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano;</li> <li>- Reclassificação anualmente.</li> </ul>

**NOTA:** No mínimo três ações para cada nível devem ser atendidas;

\*Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

## ANEXO

### ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO COM FATORES PREDITIVOS PARA O APARECIMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

**Pesquisador:** Ângela Taís Mattei

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37379014.3.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 848.878

**Data da Relatoria:** 28/10/2014

##### Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob orientação da Prof. Maria de Fátima Montovani e colaboração de Ângela Taís Mattei. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) como condição crônica apresenta grande prevalência na população adulta. A presença de HAS traz repercussões negativas para o indivíduo nas esferas social, psicológica, familiar e econômica pelas possibilidades de agravos em longo prazo. Segundo os pesquisadores, embora existam vários instrumentos para a predição de seu risco, não existe instrumento desenvolvido e validado pela enfermagem brasileira que seja capaz de auxiliar os profissionais na predição de riscos para o desenvolvimento de complicações associadas à HAS. A pesquisa em questão prevê a validação de um instrumento para medição dos valores preditivos das complicações relacionadas à HAS anteriormente desenvolvido em tese de doutorado. Conceitua-se como "validade" como um processo que permite a criação de instrumentos que mensurem aquilo que se propõem, assim como avaliar como o instrumento se comporta no ambiente de sua implementação. Para isto, serão utilizados duas fases: validade do conteúdo e validade do constructo. Como técnica de validação será utilizada a técnica Delphi, a qual é entendida como método sistematizado de julgamento de informações por um grupo de especialistas.

A amostra será composta por enfermeiros especialistas em Doenças Crônicas e/ou HAS que atuam

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 848.878

na pesquisa, docência e/ou em Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois o campo de coleta de dados para a construção do questionário foram as UBS.

Os critérios de inclusão dos especialistas serão baseados nos critérios de pontuação proposto por Fhering (1994).

A concordância dos especialistas quanto à representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo será medida pelo IRA (interrater agreement) e a proporção de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento será medida pelo CVI (Content Validity Index). Serão considerados IRA e CVI de no mínimo 70%. Os itens que obtiveram um percentual inferior a 70% serão reformulados ou mesmo excluídos do instrumento.

A coleta de dados ocorrerá via internet, para isso será utilizada a sala do Grupo de Pesquisa Multiprofissional em Saúde do Adulto na Universidade Federal do Paraná (GEMSA/UFPR). Após aprovação pelo CEP/SD será realizada a seleção dos especialistas por meio da busca em bancos de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq), na Plataforma Lattes, com as palavras chave: "Doença Crônica"; "Hipertensão" e "Enfermagem".

Após a leitura dos currículos será enviado via e-mail uma carta convite e um documento com informações do projeto, o método/técnica empregados, bem como da participação na reunião de consenso e instruções para avaliação/validação do instrumento. Os participantes poderão participar de forma presencial ou por meio eletrônico. A fase final consistirá de uma reunião de consenso por meio de vídeo conferência ou via "skype".

**Objetivo da Pesquisa:**

Validar o conteúdo e o constructo de um instrumento composto de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da HAS e uma proposta de ações para o gerenciamento de caso.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores prevêem como eventual risco o tempo dispensado pelos especialistas na análise do instrumento. Os benefícios, segundo os pesquisadores, atingirão a toda sociedade já que resultará na criação de um instrumento confiável na detecção precoce de possíveis complicações da hipertensão arterial sistêmica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa extremamente relevante com proposta metodológica compatível ao objetivo do estudo. Sugere-se especificar a sigla "DCNT" logo que citada (Ver 1º parágrafo do item Relevância social).

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 848.878

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa está clara com objetivos e metodologia muito bem definidos. O TCLE encontra-se adequado, apresentando todas as informações necessárias.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 29 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

## PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS ADAPTADOS DE FEHRING (1994)

Dear Dr. Richard Fehring

I am writing to you, because I want to use the inclusion criteria, based on your criteria; I would be very grateful if I could base myself in them.

My study propose is: validate the contents of a tool with predictive factors for complications of hypertension.

Best Regards,

Ângela Tais Mattei,

Nursing Master's degree at Federal University of Paraná, Brazil.

RE: Permission to use the criterias



Fehring, Richard (richard.fehring@marquette.edu)

Para: Ângela Tais Mattei ▾

Dear Angela:

I am not sure what inclusion criteria you are referring to.

I think that you are referring to the content validity index?

But you certainly can use them.

I like the idea of a predictive tool for complications of hypertension – great topic.

Wish you well with your study,

Dr. Fehring