

1 INTRODUÇÃO

O coração é responsável por fazer o sangue circular por todo o nosso corpo. A força com a qual esse potente órgão bombeia o sangue através dos vasos é chamada de pressão arterial. Ela é determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular pelos vasos (BRASIL, 2013).

A pressão considerada normal é aquela que a máxima é igual ou inferior a 120 mmHg e mínima 80 mmHg. Valores entre 120/80 mmHg e 140/90 mmHg são considerados limítrofes, ou pré-hipertensão, e podem merecer tratamento em alguns casos, conforme recomendação médica. Após os 55 anos, mesmo as pessoas com pressão arterial normal têm 50% de chance de desenvolver a hipertensão (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Essa doença é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária (PEDROSA, DRAGER, 2010).

A HAS é fator de risco para a ocorrência do acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio. No Brasil esta doença apresenta alta prevalência, cerca de 22 a 44% da população é portadora, mas cerca de 40% dos pacientes diagnosticados ainda não estão em tratamento. E nos Estados Unidos, apenas uma pequena parcela dos pacientes (34%) está com os níveis de pressão arterial devidamente controlados (PEDROSA, DRAGER, 2010).

Cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa. Em mulheres, a prevalência da HAS apresenta um aumento significativo após os 50 anos, devido à menopausa. Com relação à raça, além de ser mais comum em indivíduos afrodescendentes, a HAS é mais grave e apresenta maior taxa de mortalidade. A não adesão ao tratamento e a dificuldade de acesso ao atendimento médico adiciona maior risco à raça negra. Outros fatores que contribuem para a HAS são o excessivo consumo de sal e álcool, a obesidade e o sedentarismo (PEDROSA, DRAGER, 2010).

Ser hipertenso eleva as chances de ocorrência de complicações que alteram significativamente a qualidade de vida das pessoas. Segundo a Organização Mundial de saúde

(OMS), quem é hipertenso e não faz o controle adequado pode ter uma redução na expectativa de vida de até 16 anos e seis meses (BRASIL, 2013).

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é considerada um problema de saúde pública no mundo inteiro, e nas últimas três décadas têm aumentado tanto sua incidência quanto prevalência. A estimativa é que, até 2020, no Brasil, a ICC acometa em torno de 6,4 milhões de pessoas, com mortalidade em torno de 1%. Sabe-se que não existe uma causa única para a ICC e, sim, fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência, como os denominados fatores de risco cardiovascular. Entre esses, os principais são hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, hereditariedade e estresse (ARAUJO, NOBREGA, GARCIA; 2013).

A não adesão ao tratamento e controle da HAS ainda é muito comum entre os hipertensos. Garantir a mudança dos hábitos de vida é fundamental para diminuir as chances de complicações. Como por exemplo, evitar que uma pessoa portadora de HAS evolua para o quadro de insuficiência cardíaca.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados às mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, levam ao crescimento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão arterial (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Diante disso faz-se necessário entender o risco das pessoas hipertensas em desenvolver ICC, para incentivar a adesão ao tratamento da HAS e diminuir as chances de complicações.

2 OBJETIVO

Identificar os mecanismos desencadeantes da insuficiência cardíaca relacionada à hipertensão arterial sistêmica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Referencial teórico

A Prática baseada em evidência (PBE) aborda o cuidado clínico e o ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Engloba a definição do problema clínico, a identificação de informações necessárias, a busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados provenientes das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A PBE possui algumas linhas de estudo, dentre elas a revisão sistemática, meta-análise e revisão integrativa. Neste projeto será utilizada a revisão integrativa, pois sua abordagem metodológica permite a inclusão de métodos diversos que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3.2 Referencial metodológico

A revisão integrativa permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Aborda definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Além de combinar dados da literatura teórica e empírica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Essa metodologia determina o conhecimento atual sobre uma temática específica e é composta por seis fases no processo de elaboração:

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora

Essa fase determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura

A busca nas bases de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos se-

lecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado. Devem-se definir os critérios de inclusão e exclusão de artigos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3ª Fase: coleta de dados

É utilizado um instrumento para direcionar a coleta de dados com o objetivo de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos

Esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A PBE foca nos sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada. Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, que é um dos itens a serem analisados nesta fase (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010):

- Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

5ª Fase: discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. E para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve concluir com suas opiniões (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3.3 Percurso metodológico

Para alcançar o objetivo dessa pesquisa, utilizou-se como método de investigação a revisão integrativa, a qual permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Aborda definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Além de combinar dados da literatura teórica e empírica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Primeira fase: elaboração da pergunta norteadora

A questão norteadora, que consiste na identificação da questão da pesquisa da revisão integrativa, é a que se segue: quais os mecanismos desencadeantes da insuficiência cardíaca relacionada à hipertensão arterial sistêmica?

Segunda fase: busca ou amostragem na literatura

A seleção dos artigos se deu a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Consultou-se Descritores em Ciência da Saúde (DeCs) e selecionaram-se os seguintes descritores controlados no idioma português: *hipertensão* e *insuficiência cardíaca*. Os descritores utilizados neste estudo foram os controlados, ou seja, aqueles estruturados e organizados para facilitar o acesso à informação.

De acordo com os Descritores em Ciência da Saúde (Decs) da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *hipertensão* é: pressão arterial sistêmica persistentemente alta; com base em várias medições, hipertensão é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mmHg ou a pressão diastólica de 90mmHg ou superior. E *insuficiência cardíaca* é: afecção heterogênea em que o coração é incapaz de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas do corpo.

Na busca realizada em novembro de 2013 foram utilizados: hipertensão *and* insuficiência cardíaca e foram encontrados 7.738 estudos. Os critérios de inclusão dos estudos selecionados foram:

- Aqueles com texto completo e disponível;
- Assuntos principais: hipertensão e insuficiência cardíaca;
- Aspecto clínico: etiologia;
- Seres humanos adultos;
- Publicados em inglês, espanhol e português;
- Ano de publicação de 2009 à 2013.

Foram obtidos na base de dados MEDLINE 312 artigos, na LILACS 17 e na IBECs dois. Totalizando 331 estudos. Após leitura dos títulos, foram selecionados 10 artigos. E depois de ler os resumos, foram selecionados para a amostra deste estudo, 03 artigos.

Terceira fase: coleta de dados

Para a extração de dados dos artigos foi utilizado um instrumento, o qual contempla os itens: título do artigo, número de autores, periódico, ano, objetivo da pesquisa, síntese do estudo, método utilizado, nível de evidência, considerações sobre a temática e local da instituição de ensino (Apêndice A).

Para compreender a apresentação dos resultados os estudos da amostra foram codificados em A1, A2, e A3. A organização referente à caracterização das publicações, incluindo as variáveis sobre o ano da publicação, número de autores, formação do primeiro autor e país de desenvolvimento da pesquisa encontram-se no QUADRO 1.

QUADRO 1

Variáveis referentes às publicações da amostra. Belo Horizonte, 2014

Código	Artigo		Publicação	
	Título	Número e Autores	Periódico	Ano
A1	Impacto da hipertensão arterial no remodelamento ventricular, em pacientes com estenose aórtica	08 HUEB, J.C <i>et al</i>	Arquivos Brasileiros de cardiologia	2011
A2	Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca	04 ALMEIDA G.A.S <i>et al</i>	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2013

A3	Determinantes Prognósticos de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Sistólica Crônica Secundária à Hipertensão Arterial Sistêmica	05 ROLANDE, D. M. S <i>et al</i>	Arquivos Brasileiros de cardiologia	2012
-----------	--	-------------------------------------	-------------------------------------	------

O QUADRO 2 a seguir apresenta a descrição do objetivo, características da amostra, delineamento e nível de evidência dos estudos da amostra. E o QUADRO 3 apresenta as considerações sobre os artigos da amostra.

QUADRO 2

Objetivo, característica da amostra, delineamento e nível de evidência do estudo primário. Belo Horizonte, 2014

Código	Objetivo da Pesquisa	Síntese do estudo	Método	Nível de Evidência
A1	-Avaliar em pacientes portadores de estenose aórtica, submetidos previamente a estudo ecocardiográfico, a magnitude da hipertrofia ventricular esquerda, nos casos de estenose aórtica isolada e associada à HAS. -Avaliar o padrão de remodelamento geométrico nas duas situações.	A hipertrofia ventricular esquerda é comum em pacientes com HAS e estenose aórtica (EAo) e, com certa frequência, encontramos associação entre estas patologias. Após análise dos casos clínicos foi detectado que em pacientes com estenose aórtica, a presença de HAS foi um fator adicional de aumento da massa ventricular esquerda, interferindo também na geometria ventricular.	Estudo retrospectivo, observacional e transversal, incluindo 298 pacientes consecutivos, com EAo ao ecocardiograma. HVE foi considerada para massa miocárdica > 224g em homens e > 162g em mulheres. Os pacientes foram classificados como portadores de EAo leve (gradiente máximo < 30,0 mmHg), moderada (entre 30 e 50,0 mmHg) e grave (> 50,0 mmHg), além disso, foram separados em dois subgrupos: com e sem HAS.	I
A2	Caracterizar os clientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC), segundo o modelo de Campo de Saúde.	A determinação da etiologia da IC tem sido associada simultaneamente a vários determinantes, dificultando assim, distinguir, por inquéritos de prevalência, qual originou a disfunção cardíaca. Após avaliação clínica concluiu-se que no elemento biologia do indivíduo, encontramos a prevalência de fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, doença cardíaca e cerebrovascular, diabetes melito e doença renal, e fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, história familiar positiva para IC.	O estudo, com abordagem quantitativa, foi realizado por meio de entrevista com 37 pacientes com diagnóstico médico de IC; utilizou-se questionário semiestruturado baseado no modelo de “Campo de Saúde”.	I
A3	Determinar os fatores de risco de mortalidade geral em pacientes com ICC secundária à HAS na era moderna do tratamento da ICC por disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.	A HAS é importante causa de Insuficiência Cardíaca sistólica Crônica (ICC) em países em desenvolvimento. Após análise dos casos clínicos conclui-se que a idade, dimensão diastólica do ventrículo esquerdo e não uso de betabloqueador são fatores de predição independentes de mortalidade geral em pacientes com ICC sistólica secundária à HAS na população estudada.	Todos os pacientes rotineira e prospectivamente tratados na Clínica de Cardiomiopatia em nossa instituição de janeiro de 2000 a abril de 2008 com o diagnóstico de ICC secundária à HAS foram selecionados para o estudo. O modelo de riscos proporcionais de Cox foi utilizado para o estabelecimento de fatores de predição independentes de mortalidade geral.	I

QUADRO 3
Considerações sobre os artigos da amostra

Código	Considerações sobre a temática / Insuficiência cardíaca relacionada à hipertensão arterial	Local da Instituição de Ensino
A1	Este estudo aponta que pacientes com hipertensão arterial sistêmica comumente apresentam remodelamento e hipertrofia do ventrículo esquerdo como respostas adaptativas à sobrecarga sistólica crônica de pressão. A hipertrofia é o ponto de partida para a disfunção miocárdica cuja consequência final é a insuficiência cardíaca.	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, Botucatu, SP-Brasil
A2	Estudos relacionam a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, dislipidemias e diabetes como principais fatores de risco intermediários para a IC, sendo a hipertensão o fator de risco mais importante. Esses fatores de risco são modificáveis, ou seja, passíveis de controle e tratamento para evitar que evolua para uma IC.	Universidade Federal do Rio de Janeiro-Brasil
A3	A hipertensão arterial sistêmica é a principal causa de insuficiência cardíaca crônica, em países subdesenvolvidos, associada à doença arterial coronariana.	Hospital de Base São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Quarta fase: análise dos estudos incluídos

Na revisão integrativa da literatura em questão, a amostra de estudos que serão discutidos foi composta por três estudos que atenderam os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Além disso, todos eles têm como objetivo a insuficiência cardíaca associada a HAS. Os três estudos aconteceram em três cidades brasileiras dos seguintes estados: São Paulo e Rio de Janeiro. Sobre os tipos de estudo todos três são transversais.

Dos artigos obtidos dois foram originado por universidades e um por hospital de base. Os anos de publicação dos artigos usados na amostra são de 2011 até 2013.

Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos incluídos; dois

foram publicados em uma revista de cardiologia, e o outro foi publicado em revista Escola Anna Nery .

Quinta fase: discussão dos resultados

Segundo Rolande (2012) e colaboradores, a hipertensão arterial sistêmica é a principal causa de insuficiência cardíaca crônica, em países subdesenvolvidos, associada à doença arterial coronariana.

Além disso, em até 75% dos casos de insuficiência cardíaca crônica tem-se reconhecido a hipertensão arterial sistêmica como precursora, especialmente quando na presença de hipertensão arterial sistólica (ROLANDE *et al*, 2012).

A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa, que se inicia com um evento que lesa o coração. Este processo é progressivo e, ao surgir disfunção ventricular, uma série de mecanismos compensatórios é ativada, que embora benéficos inicialmente, contribuem para a continuada progressão do processo (FERRAZ, OMURA; 2005).

Confirmando o que foi dito por Ferraz e Omura (2005), Hueb *et al* (2011) afirmam que pacientes com hipertensão arterial sistêmica comumente apresentam remodelamento e hipertrofia do ventrículo esquerdo como respostas adaptativas à sobrecarga sistólica crônica de pressão. A hipertrofia é o ponto de partida para a disfunção miocárdica cuja consequência final é a insuficiência cardíaca, além do que, como lesão de órgão-alvo, está relacionada a maior risco cardiovascular.

Complementando o que foi dito, Rolande *et al* (2012) afirma que a insuficiência cardíaca crônica associada a hipertensão arterial sistêmica pode ocorrer por disfunção sistólica ventricular esquerda ou disfunção diastólica ventricular esquerda. A disfunção sistólica ventricular esquerda crônica associada à hipertensão arterial sistêmica é ainda uma das principais causas de insuficiência cardíaca crônica em países subdesenvolvidos.

Mas o mecanismo que desencadeia a insuficiência cardíaca sistólica crônica a partir da hipertensão arterial sistêmica é multifatorial, e afirma-se que a associação com doença arterial coronariana desempenha um papel fundamental (ROLANDE *et al*, 2012).

Na insuficiência cardíaca, aguda ou crônica, podem ocorrer complicações nas câmaras cardíacas direita, esquerda ou nas duas. A esquerda caracteriza-se pela presença de sinais e

sintomas de congestão pulmonar está relacionada à insuficiência do ventrículo esquerdo, o que leva a pressões aumentadas no ventrículo e a congestão no sistema vascular pulmonar. E a insuficiência cardíaca direita está relacionada à disfunção do ventrículo esquerdo para bombear o sangue adequadamente. As causas mais comuns de congestão sistêmica são: edema periférico, congestão hepática e turgência de jugular (ARAÚJO, NOBREGA, GARCIA; 2013).

Para Almeida *et al* (2013) a IC é uma cardiopatia grave que se origina de anormalidades cardíacas estruturais e/ou funcionais, adquiridas ou hereditárias, que levam a piora da capacidade de enchimento e ejeção ventricular. Estudos relacionam a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, dislipidemias e diabetes como principais fatores de risco intermediários para a IC, sendo a hipertensão o fator de risco mais importante. Esses fatores de risco são modificáveis, ou seja, passíveis de controle e tratamento para evitar que evolua para uma IC.

Por outro lado, quando o paciente já está com a insuficiência cardíaca instalada, seu tratamento possui metas a curto e longo prazo. A curto prazo a meta é melhorar a hemodinâmica e aliviar os sintomas, e a longo prazo é proporcionar qualidade de vida e aumentar a sobrevida do paciente (ARAÚJO, NOBREGA, GARCIA; 2013).

Trabalhar focado no apoio e tratamento dessa doença tem feito da ação do enfermeiro um destaque nas últimas décadas, uma vez que o tratamento não farmacológico tem evidenciado ser cada vez mais importante. A inserção de enfermeiros em um cenário que permite a prática profissional voltada para o ensino e a pesquisa baseados em evidências que fundamentam a assistência, confirma que o cuidado sistematizado reduz o impacto negativo dos desfechos cardiovasculares mediante suas complicações (ARAÚJO, NOBREGA, GARCIA; 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar os mecanismos desencadeantes da insuficiência cardíaca relacionada à hipertensão arterial sistêmica. Pelo problema de pesquisa apresentado neste estudo, através de uma revisão integrativa, pode-se responder a questão norteadora, a saber: quais os mecanismos desencadeantes da insuficiência cardíaca relacionada à hipertensão arterial sistêmica?

Estudos relacionam a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana, dislipidemias e diabetes como principais fatores de risco intermediários para a IC, sendo a hipertensão o fator de risco mais importante.

Diante do que foi discutido neste estudo, a revisão integrativa permite concluir que fica evidente a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A população deve ser informada e orientada quanto aos múltiplos fatores de risco para a insuficiência cardíaca, principalmente a hipertensão arterial, visando à prevenção de agravos à saúde, proporcionando qualidade de vida às pessoas.

Espera-se que esse estudo possa ampliar reflexões acerca do tema subsidiando novas pesquisas e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Angela Amorim; NOBREGA, Maria Miriam Lima; GARCIA, Telma Ribeiro; 2013. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. Rev. esc. enferm. USP vol.47 no.2 São Paulo Apr. 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200016>.
- PASSOS, Valeria Maria de Azevedo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol. Serv. Saúde v.15 n.1 Brasília mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde - Portal da saúde, 2013. Brasília, DF.
- SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
- ROLANDE, Dalva M.S; FANTINI, João Paulo; CARDINALLI NETO, Augusto; CORDEIRO, José A.; BESTETTI, Reinaldo B. Determinantes Prognósticos de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Sistólica Crônica Secundária à Hipertensão Arterial Sistêmica. Hospital de Base São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Arq Bras Cardiol; 98 (1): 76-84, jan. 2012. ilus, tab.
- HUEB, João Carlos; VICENTINI, João T.R; ROSCANI, Meliza Goi; FUSCO, Daniéliso; MATTOS, Ricaro; ZANATTI, Silméia Garcia; OKOSHI, Katashi; MATSUBARA, Beatriz B. Impacto da hipertensão arterial no remodelamento ventricular, em pacientes com estenose aórtica. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, Botucatu, SP – Brasil. Arq. Bras. Cardiol. vol.97 no.3 São Paulo Sept. 2011 Epub July 29, 2011
- ALMEIDA, Guilherme Abner Sousa; TEIXEIRA, Jesislei Bonolo do Amaral; BARICHELLO, Elizabeth; BARBOSA, Maria Helena. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. Esc. Anna Nery vol.17 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200018>
- PEDROSA, Rodrigo Pinto; DRAGER, Luciano Ferreira. Diagnóstico e classificação da hipertensão arterial sistêmica. 2010. http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.ht
- FERRAZ, Renata da Silva; OMURA, Carina Michel; 2005. Atuação do enfermeiro no tratamento da insuficiência cardíaca. Rev Enferm UNISA 2005; 6: 80-4.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da revisão integrativa

1 Dados de identificação do estudo :			
Artigo:		Publicação:	
Título	Número de autores	Periódico	Ano de publicação
2 Caracterização do estudo :			
Objetivos da pesquisa	Síntese do estudo	Método	Nível de evidência
3 Considerações:			
Considerações sobre a temática		Local da instituição de ensino	