

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE - CEFPEPS

LEANDRA GARCIA DE MORAES FONSECA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Campos Gerais

2015

LEANDRA GARCIA DE MORAES FONSECA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito para obtenção de grau de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Zídia Rocha Magalhães.

Campos Gerais

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

FONSECA, LEANDRA GARCIA DE MORAES

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA [manuscrito] / LEANDRA GARCIA DE MORAES FONSECA. - 2015.

34 f.

Orientador: Zídia Rocha Magalhães.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde.

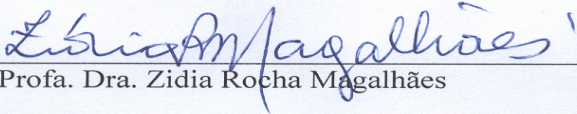
1.Educação em Saúde. 2.Autocuidado. 3.Hipertensão. I.Magalhães, Zídia Rocha. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Leandra Garcia de Moraes Fonseca

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Zidia Rocha Magalhães



Profa. Carla Lúcia Goulart Constant Alcoforado

Data de aprovação: **03/07/2015**

Dedico esse trabalho à minha família, meu marido Antônio Carlos, companheiro de todas as horas, e meus filhos Leonardo e Ana Elisa que tornam minha caminhada mais significativa. Minha dedicação será sempre a vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai maior Deus, que sempre está ao meu lado, onde busco forças para superar os obstáculos e que nunca me deixou desamparada.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade e à Coordenação do Curso de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS.

Aos tutores, à Professora Carla Lúcia Goulart Constant Alcoforado e Marina Cortez Pereira. Obrigada pelos ensinamentos e por chegar ao final com a conquista do que almejava, ser capaz de ensinar com qualidade.

À Orientadora Professora Dra. Zídia Rocha Magalhães, pela confiança.

Às colegas de turma, que juntas aprendemos muito mais com as vivências de cada uma, proporcionando um aprendizado mais leve e divertido durante o curso. Dos melhores levarei o melhor!

RESUMO

Este estudo aborda a Hipertensão Arterial Sistêmica, condição crônica de grande relevância no cenário epidemiológico brasileiro e a importância da educação em saúde enquanto prática fundamental para o autocuidado. Teve como objetivo analisar a educação em saúde enquanto prática fundamental para o autocuidado em pessoas com HAS. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos descritores controlados (DeCS/MeSH) “Educação em Saúde”; “Autocuidado”; “Hipertensão”. Em uma primeira busca foram identificados 107 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 34 deles foram selecionados. Na segunda etapa, por meio da leitura analítica de títulos e resumos, 14 deles foram selecionados e em nove deles se aplicou o instrumento de coleta de dados. Todos os artigos destacaram a importância da educação em saúde para o autocuidado e as práticas mais frequentes desenvolvidas no serviço de saúde. Conclui-se que a educação em saúde é de fundamental importância para o autocuidado sendo amplamente implementada nos serviços de saúde, entretanto, as estratégias devem considerar as necessidades individuais e coletivas, bem como as subjetividades que permeiam o adoecimento crônico a fim de desenvolver práticas educativas mais assertivas no que se refere à motivar a pessoa com HAS a adotar hábitos de vida mais saudáveis, evitando complicações e alcançando melhor qualidade de vida.

Descritores: Educação em Saúde. Autocuidado. Hipertensão.

ABSTRACT

This study addresses the systemic hypertension, chronic condition of great relevance in the Brazilian epidemiological situation and the importance of health education as a fundamental practice for self-care. We aimed to examine health education as a fundamental practice for self-care in people with hypertension. This was an integrative literature review, with search in the databases of the Virtual Health Library through controlled descriptors (DeCS / MeSH) "Health Education"; "Self-care"; "Hypertension". In an initial search identified 107 articles, and after applying the inclusion and exclusion criteries, 34 of them were selected. In the second stage, through the analytical reading of titles and abstracts, 14 of them were selected and nine of them applied the data collection instrument. All articles highlighted the importance of health education for self-care and frequently practices developed in the health service. It is concluded that health education is of fundamental importance for self care being widely implemented in health services, however, the strategies should consider the individual and collective needs and subjectivities that permeate the chronic illness in order to develop educational practices more assertive when it comes to motivating the person HAS to adopt healthier lifestyle habits, avoiding complications and achieving better quality of life.

Descriptors: Health Education. Self-care. Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.1 Objetivos Específicos	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 Aspectos gerais das condições crônicas e da HAS	10
3.2 Educação em saúde e autocuidado	12
4 MÉTODO	16
4.1 Etapas para Revisão Integrativa	15
4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	16
4.3 Coleta e análise dos Dados	16
5. RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	21
6.1 PERFIL DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
6.2 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO	23
7 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A	31

1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição crônica de grande relevância no cenário epidemiológico brasileiro e a importância da educação em saúde enquanto prática fundamental para o autocuidado.

A transição sócio demográfica, vivenciada em países em desenvolvimento como o Brasil, acarreta importantes mudanças epidemiológicas nas quais há maior frequência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em detrimento das doenças infectocontagiosas, com destaque para a HAS (BRASIL, 2010).

A HAS é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e constantes de pressão arterial, superiores ou iguais a 140 x 90 mmHg. Esta condição encontra-se associada às alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo que incluem o coração, o sistema nervoso, os rins e os vasos sanguíneos levando às alterações metabólicas e ao aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, o que destaca a importância das práticas de promoção à saúde e prevenção de complicações.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS relacionam-se ao avanço da idade, fatores genéticos, gênero e etnia (com maior frequência entre homens e pessoas da raça negra), fatores socioeconômicos, obesidade, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool, tabagismo e hábitos alimentares ricos em sal (WESCHENFELDER; GUE MARTINI, 2012).

Nesse cenário, o autocuidado torna-se fundamental para que a pessoa com HAS seja capaz de cuidar de si e adotar comportamentos saudáveis, através dos conhecimentos oferecidos pelos profissionais de saúde durante os atendimentos individuais e coletivos nos diferentes espaços (PARANÁ, 2012).

A educação em saúde deve ser implementada no sentido de oferecer subsídios para a implementação do autocuidado e guiar pessoa com HAS durante seu tratamento contínuo. Para tanto, as práticas devem vislumbrar o usuário em uma perspectiva biológica, cultural, social e política bem como articulado ao seu

contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Estas ações se entrelaçam como um elemento produtor de um saber coletivo, que traduz no indivíduo sua autonomia e a emancipação para cuidar de si e de sua família (MACHADO et al., 2007).

A partir de tal problemática, surgiu o seguinte questionamento: qual o papel da educação em saúde para o autocuidado em pessoas com HAS? Assim, esse estudo tem como objetivo analisar a educação em saúde enquanto prática fundamental para o autocuidado em pessoas com HAS.

O desenvolvimento de estudos com tal temática justifica-se, prioritariamente, pela prevalência da HAS no Brasil e no mundo o que representa um grande desafio aos serviços de saúde, considerando que as práticas de promoção e prevenção de complicações devem ser priorizadas em detrimento das práticas curativas.

Para o profissional enfermeiro, conhecer a importância e o perfil da educação em saúde favorece a implementação e a qualificação das práticas assistenciais, educativas e gerenciais, tornando o cuidado holístico e sistematizado, bem como direcionado às necessidades apresentadas pelas pessoas com HAS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a educação em saúde enquanto prática fundamental para o autocuidado em pessoas com HAS.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar conceitos de autocuidado e sua implicação na autonomia dos sujeitos;
- Identificar conceitos de educação em saúde e as principais estratégias empregadas para o efetivo desenvolvimento do autocuidado;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos gerais das condições crônicas e da HAS

O processo de adoecimento crônico é bastante complexo e individual. Esse envolve várias facetas vivenciadas pelo adoecido as quais provocam modificações no seu modo de ver e sentir a vida o que destaca a necessidade de oferecer uma assistência de saúde centrada nas necessidades vivenciadas pelo usuário, sejam elas biológicas ou não. Assim, conhecer as diferenças individuais em termos de doença, ou seja, conhecer o modo como os sujeitos vivenciam o seu adoecimento crônico é fundamental para o planejamento e implementação dos serviços de saúde (GRAY, 2004).

Tais prerrogativas distanciam-se do modelo de atenção biomédico, vigente no Brasil, que se baseia prioritariamente na realização de procedimentos técnicos e produz custos elevados e crescentes ao sistema de saúde já que o foco do atendimento se volta para solicitação de exames e prescrições de medicamentos (MALTA et al., 2004).

As condições crônicas de saúde, que demandam intensas modificações no desenvolvimento da clínica, almejam que a centralidade da assistência seja o próprio usuário do serviço, o que ressalta a necessidade de implementar as relações entre usuários e profissionais bem como priorizar medidas de prevenção e promoção à saúde (MERHY; CECÍLIO 2003).

Nesse contexto, a HAS ganha visibilidade no que se refere às suas peculiaridades. Tal condição apresenta alta morbimortalidade com perda importante da qualidade de vida o que reforça a importância do diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada/controlada com mudanças no estilo de vida e com uso de medicamentos de baixo custo comprovadamente eficazes, destacando a relevância do autoconhecimento e do autogerenciamento de vida pela pessoa com HAS (BRASIL, 2013).

A maior preocupação dos serviços e setores de saúde relaciona-se à possíveis complicações provenientes da HAS descontrolada. Tais complicações incluem a cardiopatia hipertensiva, a doença isquêmica cardíaca, a doença cerebrovascular, a doença vascular periférica e renal. Podem surgir, ainda, os

déficits cognitivos como Alzheimer e demência vascular, que caracterizam essa condição como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Assim, o acompanhamento da pessoa com HAS deve ser multidisciplinar e alçar o objetivo de manter os níveis pressóricos controlados, conforme as características individuais. Esse acompanhamento tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Para tanto, o acompanhamento sustenta-se em duas pilstras: o tratamento medicamentoso, estipulado pelo profissional médico e idealizado de acordo com os níveis pressóricos e adaptação individual, e as mudanças no estilo de vida (MEV). As MEV incluem diminuição do uso de álcool, cessação do tabagismo, controle do peso, realização de atividades físicas e melhora da qualidade alimentar (BRASIL, 2013).

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia para desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida o que ressalta as intervenções não farmacológicas no manejo da HAS. Essas incluem a redução do peso, menor ingestão de sódio e álcool associados às práticas corporais que podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (KITHAS; SUPIANO, 2010).

O estilo de vida ocupa, então, um lugar importante para o aparecimento e controle das condições crônicas e, conseqüentemente da HAS. Vale ressaltar que o comportamento é mediado pela cultura, pelas crenças, pelos hábitos e conhecimentos, individuais e coletivos que permeiam a tomada de decisões, tornando-se um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência HAS. A má alimentação corrobora para o aumento do peso corporal, aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes, conseqüência da ingestão excessiva de alimentos industrializados que perfazem uma realidade percebida mundialmente em decorrências das motivações sociais, econômicas e culturais (BRASIL, 2001; CANAAN et al., 2006).

Ainda sobre a alimentação, o sódio (sal de cozinha ou sal branco) é o maior limitante da efetividade dessa abordagem terapêutica. A população enfrenta grandes dificuldades para seguir continuamente as recomendações de restrição sal em

condições reais, visto que a maior parte do sal contido nos alimentos é adicionada na fase industrial (BRASIL, 2013).

Quanto às atividades físicas, Fang et al. (2005) afirmam que indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Ressaltam, também, que a prática frequente de atividade física está associada a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa.

Nesse sentido, as políticas públicas de atenção às condições crônicas de saúde lançam mão das Linhas de Cuidado, ou seja, o caminho a ser traçado pelo serviço de saúde no sentido de oferecer atendimento completo e direcionado à necessidade da pessoa, bem como favorecer a qualidade de vida e a prevenção de complicações. A Linha de Cuidado para controle e acompanhamento da HAS deve contemplar a problematização e a história natural da doença bem como garantir o fluxo assistencial para pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, com objetivo de atender às suas necessidades de saúde, por meio da organização lógica e técnica dos serviços (BRASIL, 2013).

Destaca-se a necessidade imediata de implementação dos serviços de saúde no que se refere às modificações no modo de abordagem e manejo das condições crônicas e da HAS. De acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Crhonic Care Model - CCM), o controle deve ser contínuo e a prevenção de complicações deve ocorrer por meio das ações de estímulo ao autocuidado e da construção da autonomia, apoiados pelos profissionais de saúde através de ações educativas reflexivas (BRASIL, 2014).

3.2 Educação em saúde e autocuidado

O conceito de educação em saúde mostra-se ancorado no conceito de promoção da saúde e aborda os processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar e, que integra os aspectos físico, mental, ambiental, pessoal e social (MACHADO et al., 2007).

Educar para saúde inclui a articulação de experiências de aprendizagem que são direcionadas para facilitar ações voluntárias, contribuindo para o estado de

saúde. As ações devem ser intencionais e combinar fatores comportamentais às experiências de aprendizagem e intervenções educativas, distinguindo-se de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem o que caracteriza a ação educativa como uma atividade sistematicamente planejada (CANDEIAS, 1997).

A educação em saúde apresenta-se como estratégia valiosa para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde e para estimular o autocuidado, contribuindo para o desenvolvimento da integralidade da assistência, o que destaca a necessidade de capacitação profissional para a implementação na prática (BRASIL, 2013).

Souza et al. (2010) corroboram essa ideia e afirmam que a educação em saúde constitui importante instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades e deve articular saberes técnicos e populares, empregar recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde.

Nos serviços de saúde, as práticas educativas ganham espaços importantes no que se refere a informar a população para situações de risco em saúde. Os grupos de apoio são, na maioria das vezes, priorizados para abordar assuntos relacionados às doenças, como Diabetes Mellitus (DM), HAS, câncer e outras. Esses grupos podem ser divididos de acordo com a faixa etária em grupos de adolescentes e idosos e, ainda, de acordo com situações particulares como os grupos de gestantes, tabagistas e deficientes físicos (HORTA et al., 2009).

Outras práticas envolvem as informações oferecidas pelos profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos durante consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. Para Souza, Bonilha e Veronese (2008) as visitas propiciam o conhecimento do cotidiano e das crenças dos indivíduos o que pode fundamentar uma orientação mais congruente ao estilo de vida.

Cabe ressaltar que o perfil da educação em saúde deve ser dialógico, interativo, participativo e distanciar-se no modelo hegemônico de educação formal coerente com a orientação biomédica, com enfoque exclusivo na doença, por meio da prescrição de hábitos e condutas, redução dos fatores de risco e prevenção de complicações (ALVES; NUNES, 2006).

É sabido que as práticas educativas verticalizadas e fragmentadas não alcançam a motivação individual e, conseqüentemente, não são capazes de

promover a modificação efetiva do estilo de vida. Nesse sentido, Alves (2005) defende a emergência de um modelo dialógico que concorde com a proposta da integralidade, favorecendo o reconhecimento dos sujeitos como conhecedores do processo saúde-doença-cuidado bem como suas condições concretas de vida, tornando as intervenções educativas mais sensíveis e abrangentes.

Assim, o autocuidado deve ser apoiado por meio da educação em saúde reflexiva e participativa, incluindo o usuário no planejamento, na execução e na reavaliação das ações do plano de cuidados. O autocuidado refere-se às ações que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, condicionadas ao sexo, ao estado de desenvolvimento, ao estado de saúde, à orientação sociocultural e aos fatores do sistema de atendimento de saúde (FOSTER; BENETT; OREM, 2000).

O planejamento para o autocuidado deve ser sistemático e envolver etapas interligadas que incluam o usuário nas ações para que estes sintam-se motivados a adotar comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis. O processo de mudança exige a elaboração de um plano de cuidado com metas pactuadas, monitoramento periódico, habilidade em resolver problemas e prevenção de deslizos e recaídas (BRASIL, 2013).

A equipe multidisciplinar de saúde deve orientar-se pela seguinte atuação: avaliação inicial que consiste no conhecimento das ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis; aconselhamento que refere-se ao oferecimento de informações à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma; criação de um pacto com a pessoa, no sentido de estabelecer metas e objetivos em um espaço de tempo preconizado; assistência ao processo de mudança e adequação das ações; acompanhamento periódico e modificação, quando necessária, do plano de ação (PARANÁ, 2013).

Nessa perspectiva, o processo pedagógico desenvolvido pela equipe de enfermagem, com ênfase na educação em saúde, é reconhecido como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais, principalmente em meio às condições crônicas. O enfermeiro tem destaque nesse processo, já que é o principal atuante no cuidado por meio da educação em saúde (SOUZA et al., 2010).

O enfermeiro enquanto educador em saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva, por meio da participação popular, questionando as responsabilidades e os direitos à saúde, além de estimular ações que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovam qualidade de vida entre os usuários (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

4. MÉTODO

Esse estudo empregou a metodologia da revisão integrativa da literatura que objetiva agrupar e sintetizar resultados de estudos sobre determinado assunto, de maneira sistemática e ordenada, a fim de contribuir para o aprofundamento do tema delimitado possibilitando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.1 Etapas para Revisão Integrativa

De acordo com Pompeo, Rossi e Galvão (2009) a revisão integrativa da literatura se divide em cinco etapas, sendo elas a identificação do tema ou questionamento que consiste na elaboração da questão de pesquisa, da questão norteadora e, posteriormente, a definição dos descritores para a estratégia de busca dos estudos; a busca na literatura, que inclui a busca de artigos publicados nas bases de dados eletrônicas, a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, em que há extração dos principais dados com a utilização do instrumento para coleta de dados adaptado; a interpretação dos resultados; a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados e reflexão crítica para a redação final.

4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos artigos científicos disponíveis na íntegra e encontrados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), manuais e protocolos do Ministério da saúde, nos idiomas português, inglês e espanhol, em um recorte temporal de 2005 a 2015, considerando o aumento das condições crônicas de saúde no país neste período bem como o incremento das políticas públicas de saúde, principalmente no ano de 2006.

Foram excluídos livros, teses, dissertações, demais publicações que não atenderam aos critérios de inclusão e não responderam à seguinte questão norteadora: “qual o papel da educação em saúde para o autocuidado em pessoas com HAS”?

4.3 Coleta e análise dos Dados

A coleta de dados literários aconteceu por meio de instrumento adaptado, a partir do instrumento validado por Ursi e Galvão (2006), apresentado no Apêndice A. A partir da coleta de dados e análise dos resultados, elucidaram-se as categorias analíticas no intuito de melhor organizar a discussão do trabalho.

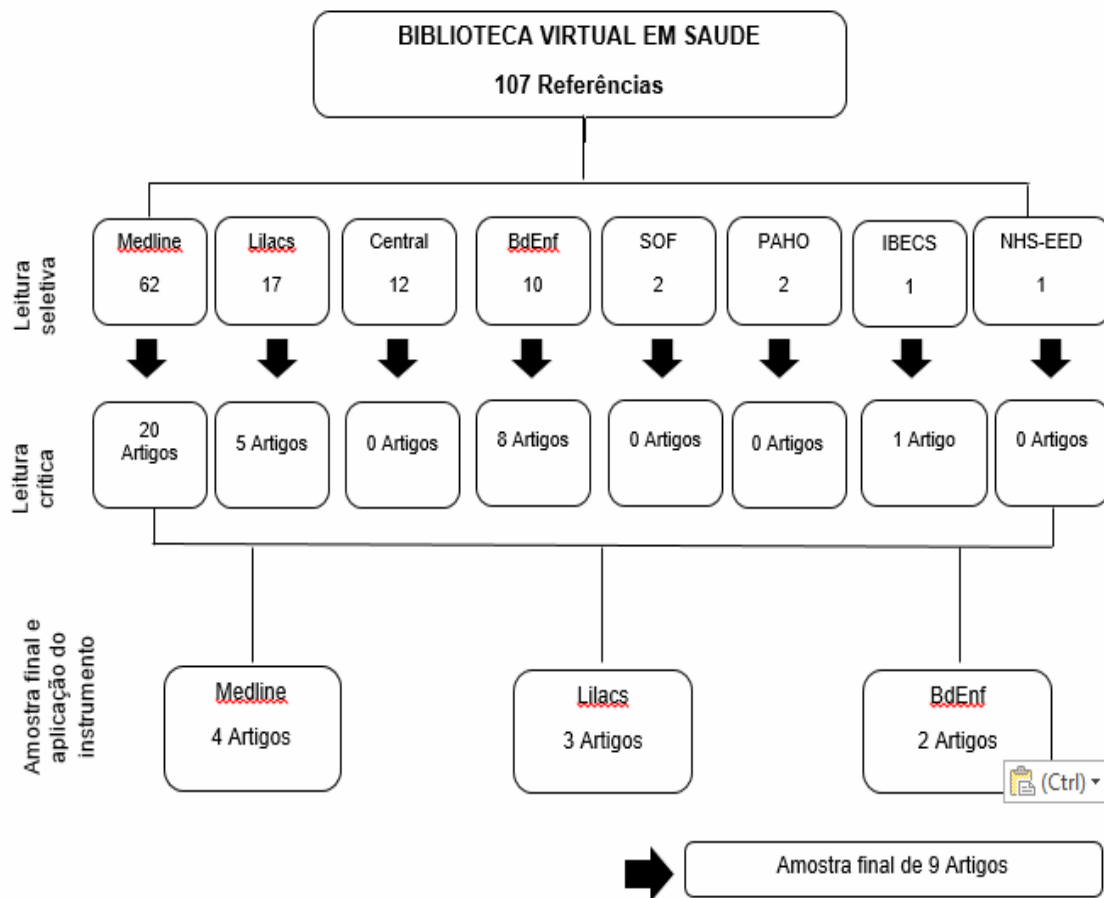
A análise de dados constitui uma crítica reflexiva sobre os dados coletados na literatura disponível, referente à veracidade do conteúdo, os autores e o local da composição, bem como o sentido exato do texto. A análise e interpretação dos dados objetiva, primordialmente, a comprovação ou refutação de hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2003).

5. RESULTADOS

A busca dos artigos aconteceu no período de março a junho de 2013, por meio dos descritores controlados (DeCs/Mesh) “Educação em Saúde”; “Autocuidado”; “Hipertensão”, nos bancos de dados da BVS.

Na primeira busca foram identificados 107 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 34 deles foram selecionados. Na segunda análise 14 foram selecionados considerando a questão norteadora e especificidade da temática e, em nove deles aplicou-se o instrumento para coleta de dados literários considerando o delineamento fiel do tema. Dos artigos selecionados três foram encontrados no banco de dados Lilacs, quatro na Medline, dois na BDEnf, conforme apresentado no diagrama de busca (Quadro 1).

Quadro 1: diagrama de busca e seleção dos artigos, recorte de 2005 a 2015.



Quanto aos idiomas, seis artigos foram publicados em português, dois em espanhol e um em inglês. Na região sudeste aconteceu a maioria das pesquisas publicadas nos artigos selecionados, contabilizando quatro artigos da amostra e, na região norte não houve nenhuma publicação que se encaixasse nos critérios deste estudo.

No que se refere ao ano de publicação, três artigos foram publicados no ano de 2013 e dois no ano de 2012, os demais artigos foram publicados entre 2006 e 2011. A maioria dos artigos selecionados empregou a metodologia quantitativa (cinco) e quatro deles apresentaram o conceito de autocuidado, que se fez pertinente para a temática deste estudo.

Todos os artigos ressaltaram a importância da educação em saúde para o autocuidado em pessoas com HAS, destacando o perfil necessário dessas para alcançar os objetivos estipulados.

A seguir encontram-se as principais características dos artigos incluídos nessa revisão, que foram organizados em sequência alfanumérica (A1-A9),

contemplando autores, título, ano de publicação, objetivo, metodologia empregada e o perfil das práticas educativas para o incentivo ao autocuidado (Quadro 2).

Quadro 2: principais características dos artigos incluídos nessa revisão, abrangendo o perfil das práticas educativas para o autocuidado em pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

Código/ Autores/ Ano/ País de publicação	Título	Objetivo do estudo	Metodologia empregada	Perfil das práticas educativas para o incentivo ao autocuidado
A1/ Pacheco DS; Santos I; Bregman R/ 2006/ Brasil	Características de cliente com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado	Identificar o perfil dos clientes com doença renal crônica em tratamento conservador e destacar a importância da abordagem educativa.	Quantitativo	Devem adotar abordagem acessível, estímulo ao enfrentamento para mudanças cotidianas, que incluam a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, estimulando a participação do usuário em seu tratamento.
A2/ Santos ZMSA; Silva RM/ 2006/ Brasil	Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde	Abordar a prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa.	Qualitativo	As práticas educativas são desenvolvidas durante as consultas de enfermagem e adotarem a conscientização para condutas que visem a redução do peso, a diminuição dos níveis pressóricos e o controle da dislipidemia.
A3/ Bosworth HB et al./ 2008/ EUA	Take controlo d your blood pressure and educational intervention for achieving blood presure control	Avaliar uma intervenção comportamental realizada para melhorar o controle da hipertensão arterial	Quantitativo/ Estudo clínico transversal	Intervenção comportamental com intuito de conscientizar as pessoas com hipertensão a tomarem corretamente as medicações, por meio da via telefônica.
A4/ Fava SMCL et al./ 2010/ Brasil	Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial	Identificar características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de conhecimento deficiente e, estabelecer intervenções.	Qualitativo	A prática educativa constitui estratégia fundamental para propiciar conhecimentos às pessoas com hipertensão e devem considerar os sujeitos, suas atitudes, crenças e percepções.

A5/ Weschenfelder MD; Gue Martini J/ 2012/ Brasil	Hipertension arterial: principales factores de riesgo modificables em la estrategia salud de la familia	Estudar os principais fatores de risco modificáveis para a hipertensão arterial, na atuação da estratégia de saúde da família	Revisão Narrativa	As práticas educativas voltam-se para a redução dos níveis pressóricos, controle de fatores de risco e a redução do uso de anti-hipertensivos, por meio do estímulo aos hábitos de vida mais saudáveis.
A6/ Medeiros EA et al./ 2012/ Brasil	O cuidado na visão de portadores de hipertensão arterial	Descrever como os portadores de hipertensão arterial percebem o cuidado em uma unidade de saúde da família, no norte de Santa Catarina.	Qualitativo	A prática educativa deve ser adequada para ensinar os usuários sobre a doença e modos de viver adequadamente, proporcionando-lhes momentos para expor dúvidas, dificuldades e estímulo para não abandonarem o tratamento.
A7/ Silva CS et al./ 2013/ Brasil	Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária em Saúde	Avaliar a associação entre hipertensão arterial e a adesão/vínculo de usuários da atenção primária em saúde.	Quantitativo	As práticas educativas devem transcender às meras informações repassadas e utilizarem abordagens adequadas ao problema.
A8/ Dias FA; Tavares DMS/ 2013/ Brasil	Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais	Caracterizar os idosos e sua participação em atividades educativas grupais, verificar fatores sociodemográficos associados à participação nessas atividades.	Quantitativo	As práticas grupais são desenvolvidas no intuito de facilitar a troca de experiências entre os usuários e abordam as temáticas de HAS e DM, principalmente para a população idosa.
A9/ Achury-Saldaña DM et al./ 2013/ Colômbia	Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel	Determinar o efeito de um plano educativo na capacidade de autocuidado do paciente com hipertensão em uma instituição de segundo nível.	Quantitativo	Deve incluir um conjunto de estratégias orientadas para a prevenção, manejo e minimização de complicações, tornando-se ação fundamental para a promoção, conservação e recuperação da saúde.

6. DISCUSSÃO

Após análise dos artigos selecionados e objetivando melhor organização da discussão dos resultados foram elucidadas as categorias analíticas, que se encontram descritas abaixo.

6.1 PERFIL DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A educação em saúde constitui um espaço de reflexão-ação fundamentada em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e coletivas (MACHADO et al., 2007).

As práticas educativas apresentam-se como fundamentais para os serviços de saúde, já que estimulam a participação ativa dos sujeitos nas questões relacionadas à sua própria vida e, desta maneira, sustentam as ações de autocuidado (BRASIL, 2013).

Os artigos selecionados para comporem a amostra desse estudo ressaltam amplamente a importância da educação em saúde para controle e acompanhamento da HAS. Para Weschenfelder e Martini (2012) essa constitui um dos principais instrumentos para a promoção da saúde pois permite conhecer os principais fatores de risco para enfermidades, além dos hábitos de vida da população contribuindo, ainda, para a mudança do paradigma biomédico.

Fava et al. (2010) corroboram com essa prerrogativa e afirmam que a educação em saúde propicia conhecimentos necessários às pessoas com HAS contribuindo de maneira significativa para a melhoria das condições de saúde. As autoras ressaltam, também, a importância de conhecer os sujeitos, suas atitudes, crenças, pensamentos e práticas para que a educação em saúde seja mais assertiva e adequada à realidade social e de vida dos usuários do serviço.

Apenas repassar informações não é suficiente para que haja mudança no estilo de vida das pessoas com HAS sendo preciso uma adequada abordagem do problema já que o adoecimento crônico é permeado de subjetividades e sentimentos individuais (SILVA et al., 2013).

As práticas educativas devem adotar um perfil dialógico que permitam não apenas a discussão sobre os processos fisiopatológicos da doença, mas também os modos de vivenciar o adoecimento, criando espaços para que os usuários exponham suas dúvidas, dificuldades e sentimentos, afinal para cuidar de si é preciso autoconhecimento e autovalorização do ser humano enquanto ser humano, que age, reage e interage com outros seres no ambiente o que permite descobrir melhores maneiras para desenvolverem suas práticas cotidianas (MEDEIROS et al., 2012).

Bosworth et al. (2008) apontam a efetividade de intervenções comportamentais que objetivem a tomada de decisões mais condizentes com a saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, o profissional deve centrar sua atuação na construção de habilidades e atitudes que promovam a mudança de comportamento na pessoa com HAS, necessária para alcançar os objetivos terapêuticos por meio de intervenções educativas estruturadas e direcionadas às necessidades apresentadas, em conjunto com a motivação e o empoderamento da pessoa, bem como o acompanhamento contínuo (ACHURY-SALDAÑA et al., 2013).

A enfermagem tem a educação em saúde como um de seus principais eixos norteadores, o que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem, sejam elas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde vinculados à atenção básica, escolas, creches, e outros locais (ACIOLI, 2008).

Nesse sentido, o profissional enfermeiro se destaca como educador visto que permanece um longo período de tempo em acompanhamento contínuo dos usuários, seja no nível primário, secundário ou terciário de atenção tornando-se responsável pelas orientações para o desenvolvimento do autocuidado. Esse profissional desenvolve a educação em saúde durante as consultas de enfermagem, durante as visitas domiciliares e por meio da formação de grupos operativos (SANTOS; SILVA, 2006).

Os artigos selecionados para esse estudo destacam os grupos operativos mediados por enfermeiros, com objetivo de refletir situações como HAS, DM e outras condições que afetam a população em determinada unidade de saúde, como importantes estratégias educativas já que permitem as trocas de experiências e a convivência entre os usuários, aspectos fundamentais para melhor compressão do processo saúde-doença-cuidado (DIAS; TAVARES, 2013).

Pacheco, Santos e Bregman (2006) concordam com essa perspectiva e afirmam que a prática educativa do enfermeiro deve se basear na acessibilidade e no estímulo ao enfrentamento para mudanças cotidianas, respeitando a totalidade do indivíduo, além de esclarecer sobre a doença, estimular a adoção de hábitos mais saudáveis e as melhores formas para cuidar de si por meio de estratégias participativas e dinâmicas.

Entretanto, faz-se necessário que o enfermeiro identifique os níveis de suas ações no processo educativo, colocando-se como educador e buscando a recíproca reflexão das pessoas, entendendo que ele não é o dono do saber e sim um cooperador e participe deste processo transformador, que leve à motivação e autonomia dos usuários e, portanto, a adoção de hábitos mais saudáveis (OLIVEIRA; GONSALVES, 2004).

As práticas de educação e saúde devem assumir uma proposta de construção compartilhada rumo à interdisciplinaridade, em busca da autonomia e da cidadania dos indivíduos. Para tanto, devem privilegiar a interação comunicacional onde as pessoas detentoras de saberes diferentes, apropriam-se deste, construindo um processo de transformação recíproca (ACIOLI, 2007).

6.2 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO

Para as pessoas com condições crônicas, destacando aqui a HAS, bem como para seus familiares que convivem com essa condição diariamente, é de fundamental importância que sejam bem informadas sobre suas condições e motivadas a lidar com elas. Para tanto, precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso, objetivando o aparecimento de menos complicações e menos incapacidades (BRASIL, 2014).

Desenvolver o autocuidado é uma tarefa complexa tanto para quem o vivencia quanto para quem o estimula. Os artigos selecionados para esse estudo apresentam o autocuidado como uma atitude fundamental para o controle da HAS visto que permite regularizar o próprio funcionamento do usuário no sentido de permitir a decisão sobre o que é melhor para sua saúde (ACHURY-SALDAÑA et al., 2013).

A HAS, por tratar-se de condição crônica e multifatorial que se relaciona amplamente ao estilo de vida, às crenças e comportamentos individuais, representa um grande desafio ao serviço de saúde, visto que demanda maior conhecimento sobre tais aspectos bem como a criação de vínculos efetivos entre o usuário e o profissional, que deverá estimular ações de autocuidado, fundamentais para a prevenção de complicações. Entretanto, essa não é uma tarefa retilínea, mas sim permeada por subjetividades dos sujeitos envolvidos.

As principais modificações a serem trabalhadas no estilo de vida de pessoas com HAS relacionam-se à alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool (BRASIL, 2013).

O estímulo para o autocuidado deve partir da motivação para mudança, ou seja, reconhecer o quanto a pessoa está disposta a modificar-se e modificar seu estilo de vida em busca de melhor qualidade de vida e saúde, tornando-o um agente ativo nesse processo e conferindo-lhe autonomia desde o início, para que se sinta capaz de seguir o plano terapêutico e gerenciar sua vida, em meio à condição crônica da HAS (PARANÁ, 2012).

Os artigos incluídos nesse estudo enfatizam estratégias de educação em saúde ainda bastante conservadoras e generalizadas, sem considerar as necessidades individuais trazidas pelos usuários ao serviço de saúde. A prática conservadora, com prescrição de hábitos e condutas, por meio da transmissão de conhecimentos não tem alcançado grande sucesso quanto à motivação para a mudança e, conseqüentemente, não tem sido capaz de promover melhora no estilo de vida.

Para o Ministério da Saúde, a equipe multidisciplinar deve lançar mão de estratégias como as consultas clínicas individuais ou as visitas domiciliares, a criação de grupos operativos, as consultas coletivas, e as práticas desenvolvidas à distância, por telefone e/ou por meio da internet, entendendo o autocuidado como responsabilidade mútua, entre indivíduo-família-profissional e instituições de saúde, corroborando com a proposta de atender às necessidades apresentadas pela pessoa com condição crônica (BRASIL, 2014).

Lorig e Holman (2003) destacam o papel importante da educação em saúde para estimular o autocuidado e afirmam, também, que esse processo deve

fundamentar-se em três pilares ou grupos de problemas/prioridades: o usuário deverá em primeiro lugar aprender a conhecer a sua condição e aprender a fazer, ou seja, como cuidar de si; em um segundo momento, devem ser introduzidas as mudanças necessárias ao estilo de vida bem como os novos papéis e novas perspectivas de presente e de futuro diante de uma condição crônica; por último, o usuário deverá aprender a lidar com as condições emocionais que permeiam o adoecimento crônico, que envolve o aprender a conviver.

Nesse sentido, a educação em saúde desenvolvida nesses espaços deve priorizar a escolha de necessidades, problemas e prioridades, definidos pela pessoa e acordados com o profissional de saúde. Conforme o problema ou prioridade escolhido, o profissional faz uma opção metodológica ou utiliza ferramentas para encaminhar o problema, elegendo estratégias que tenham como princípio básico a compreensão, a empatia e o diálogo (BRASIL, 2014).

Pasini (2013) destaca as metodologias compreensivas como ferramentas ideais para a abordagem da pessoa com HAS. Tais metodologias partem do princípio que as pessoas com condições crônicas precisam fazer modificações na sua vida para aceitar a doença e as mudanças que ela traz no seu cotidiano. A aceitação da doença não é resultado de informação e da aquisição de novos hábitos, mas sim se relaciona a como o indivíduo entende o seu problema, ao que ele acredita sobre o seu problema e à carga de experiência e de aprendizagem relacionadas ao adoecimento que foram lhe sendo tecidas ao longo da vida e envolvem sentimentos de perdas, frustrações e a busca de um querer viver para além das limitações que a doença traz.

Assim, a educação em saúde desempenha um papel ímpar no que se refere a estimular o autocuidado em pessoas com condições crônicas. Entretanto, é preciso compreender que o processo de adoecimento crônico não se centra exclusivamente na doença física do indivíduo, sendo de fundamental importância uma educação em saúde sensível a tais necessidades e que apresente-se como um apoio para que esses usuários possam gerenciar seus hábitos a partir dos conhecimentos adquiridos e acordos firmados, consigo mesmo e com os profissionais que o apoiam nessa caminhada (FAVA et al., 2010).

7. CONCLUSÃO

Essa revisão integrativa permitiu elucidar conhecimentos acerca da importância da educação em saúde para o desenvolvimento do autocuidado em pessoas com HAS, destacando a necessidade de modificar práticas educativas no que se refere às metodologias empregadas, bem como à capacitação profissional para acolher o processo de adoecimento crônico no serviço de saúde.

A HAS é uma condição multifatorial que frequentemente se relaciona aos hábitos de vida, à cultura, aos conhecimentos e perspectivas dos usuários e, nesse sentido, o autocuidado torna-se uma tarefa bastante complexa tanto para o profissional que o estimula quanto para o usuário que o desenvolve.

Os artigos incluídos neste estudo ressaltam amplamente a importância das práticas educativas e do autocuidado, destacando-o como ferramenta para regularizar a capacidade do indivíduo de cuidar de si e gerenciar sua condição de saúde. Para tanto, é preciso que o mesmo tenha conhecimentos e habilidades necessárias para desempenhar essa função, através de ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

A educação em saúde atua como mediadora para a tomada de decisões dos usuários quanto às escolhas que deverão fazer para evitar complicações da HAS, bem como para obter melhor qualidade de vida. Entretanto, essa não é uma tarefa retilínea já que os hábitos e condutas são permeados por subjetividades individuais. Para que haja efetiva mudança de estilo de vida, as pessoas com HAS devem ser motivadas para tal por meio de ações abrangentes desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em aspecto multidisciplinar.

O enfermeiro desempenha um importante papel nesse contexto, já que na maioria das vezes esse profissional torna-se bastante próximo da pessoa com HAS e com sua família. Assim, a educação em saúde passa a ser uma rotina inerente de sua prática assistencial, desenvolvida por meio da criação de vínculos de confiança e diálogo.

As principais ferramentas das quais esse profissional lança mão referem-se às consultas individuais, coletivas, visitas domiciliares e criação de grupos operativos, onde os usuários podem trocar ideias e experiências bem como desenvolverem a interação social, importante para a motivação pessoal. Cabe

ressaltar que a prática educativa desenvolvida pelo enfermeiro não deve se prender exclusivamente ao ensino da doença, mas também incorporar os demais aspectos vivenciados pela pessoa com HAS.

A literatura traz inúmeras contribuições sobre a importância da educação em saúde para o desenvolvimento do autocuidado. Entretanto, ainda que muito tenha se falado sobre a necessidade de mudança do paradigma assistencial, as práticas e metodologias educativas elucidadas por esse estudo ainda se mostram arraigadas ao modelo biomédico conservador.

As propostas ministeriais apresentam a importância de qualificar as práticas assistenciais e capacitar os profissionais quanto ao conhecimento aprofundado do processo saúde-adoecimento crônico, no sentido de que os profissionais atuantes transcendam a visão biomédica de atendimento e cuidado, perfazendo uma assistência condizente com a necessidade das pessoas com HAS.

Assim, o desenvolvimento de pesquisas que abordem os diversos aspectos do adoecimento crônico, estratégias de enfrentamento e ações de estímulo ao autocuidado devem ser implementadas com objetivo de subsidiar e qualificar as práticas assistenciais desenvolvidas nos serviços de saúde.

8.REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, 2008, v.61, n. 1, p. 117-121.

ACHURY-SALDAÑA, D.M. et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. **Rev Aquichan**, 2013, v.13, n 3p. 363-372.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comun. Sau. Educ**, Bahia, v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005.

ALVES, V.S.; NUNES, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interf - Comun. Sau. Educ**, Bahia, v. 19, n. 10, p.131-147, jan. 2006.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M. **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003, 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010.

CANDEIAS, N.M.F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997.

CANAAN, F. A. et al. **Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.

DIAS, F.A.; TAVARES, D.M.S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev Gaúcha Enferm**, 2013, v. 34, n. 2, p. 70-77.

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

FANG, J. et al. **Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES I epidemiological follow-up study, 1971-1992**. American Journal of Hypertension, New York, v. 18, n. 6, p, 751-775, jun. 2005.

FAVA, S.M.C.L. et al. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, 2010, v.18, n. 4, p. 536-440.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M; OREM, D. E. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, 2000, p.83-102.

GRAY, A. Governing medicine: na introduction. In: GRAY, A; HARRISON, S. **Governing medicine: theory and practice**. Berkshire: Open University Press, 2004.

HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. **Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients**. Vasc Health Risk Manag., [S.l.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. **Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms**. Stanford University School of Medicine. Ann. Behav. Med., USA, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2003.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, 2007, p. 335-342.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.433-44, 2004.

MEDEIROS, E.A. et al. O cuidado na visão de portadores de hipertensão arterial. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, 2012, v. 4, n. 2, p.2306-2311

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Unicamp, Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C., GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev Texto & Contexto Enfermagem**, n. 17, v. 4, 2008, p. 758-64.

OLIVEIRA, H.M.; GONSALVES, M.J.F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, 2004, n.57, v. 6, p.761-763.

PACHECO, G.S.; SANTOS, I. BREGMAN, R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Rev Enferm UERJ**, 2006, v.14, n.3, p.434-439.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Autocuidado Apoiado: manual do profissional de saúde**, 2012.

PASINI, V.L. **Metodologias de abordagem compreensiva nas condições crônicas**. Porto Alegre, 2013. (No prelo).

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. 2009, n. 22, v. 4, p.434-438.

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, 2006, v. 59, n. 2, p. 206-211.

SILVA, C.S. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2013, v. 47, n. 3, p. 584-590.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUZA, A.C.; BONILHA, A.L.L.; VERONESE, A.M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência à atenção primária à saúde. **Rev Ciência Cuidado e Saúde**, n. 1, v. 7, 2008, p. 021-026.

SOUZA, L.B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, 2010, v.18, n.1, p.55-60.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2005. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>. Acesso em: 05 abr. 2013.

WESCHENFELDER, M. D.; GUE MARTINI, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. **Rev Enfermería Global**, 2012, n. 26, p. 344-353.

APÊNDICE A

Instrumento para a coleta de dados literários

1. IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO

- a) Título do Artigo:
- b) Autor (es) / Área de Formação:
- c) Título do Periódico:
- d) Volume, número, páginas e ano:
- e) Local do estudo:
- f) Idioma do estudo:
- g) Local da Revista: Brasília

2. PALAVRAS-CHAVES / DESCRITORES:

3. OBJETIVO (S) DO ESTUDO:

4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS

- a) Delineamento do estudo: () experimental () quase experimental () não experimental
- b) Tipo de estudo:
 () Qualitativo: () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outra: Qual? _____
 () Quantitativo: () epidemiológico () transversal () longitudinal
 () Revisão: () Narrativa () Sistemática () Integrativa () Meta-análise
 () Relato de Experiência
 () Reflexão Teórica
- c) População Alvo / Amostra
 Critérios de inclusão / exclusão: () Sim () Não Quais:
- d) Procedimento de coleta: () entrevista () observação () aplicação de instrumento () aplicação de intervenção
 Tipo de instrumento ou intervenção:
 Análise dos dados: () descritiva () inferencial () qualitativa

5. RESULTADOS E/OU CONCLUSÃO:

Descrição:

6. VIÉS/LIMITAÇÃO: O estudo apresenta viés? () Sim () Não O autor aponta limitações?

7. CONCEITO DE AUTOCUIDADO

8. PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA INCENTIVO AO AUTOCUIDADO

9. OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS: