

EFEITO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA PRESSÃO  
ARTERIAL E NA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E  
NÃO FARMACOLÓGICO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Tese de Doutorado

LUANA CLAUDIA JACOBY SILVEIRA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**Programa de pós graduação em ciências da saúde:**

**Cardiologia e ciências cardiovasculares**

Efeito da entrevista motivacional na pressão arterial e na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico: ensaio clínico randomizado

Aluna: Luana Claudia Jacoby Silveira

Orientador: Eneida Rejane Rabelo da Silva

*Tese submetida ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Área de concentração: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutor.*

Porto Alegre

2019

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Eneida Rejane Rabelo da Silva, por toda sua dedicação e envolvimento com este trabalho. Por ser um exemplo profissional e acadêmico, no qual pude me espelhar e me desenvolver nesta jornada acadêmica que compartilhamos por pelo menos 15 anos.

À Professora Graziella Badin Aliti, pelo apoio e suporte, que com sua forma tranquila e afetuosa auxiliou meus passos nos momentos críticos do Doutorado.

À minha chefia Roselene Matte e às minhas colegas da unidade de Hemodinâmica, que foram incansáveis em me auxiliar para a conclusão desta etapa.

À Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Meyer, por me apresentar e compartilhar seus conhecimentos sobre entrevista motivacional.

Aos meus Bolsistas Ravi Pimentel, Rafael Heiling e Gustavo Kunrath por toda sua dedicação e envolvimento em cada etapa deste estudo.

Ao Dr. Miguel Gus, por sua gentileza em me orientar na interpretação dos MAPAS e por sua colaboração na elaboração dos artigos.

Aos pacientes, por toda sua disponibilidade e confiança no nosso trabalho.

À minha mãe, por ter me ensinado o quanto estudar é valioso e importante.

Ao meu namorado Diego, por toda sua parceria e incentivo durante esta etapa.

À minha filha, Rafaella Jacoby, por me ensinar o real sentido da vida e por fazer os meus dias serem mais coloridos.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	5
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	9
1. INTRODUÇÃO .....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS .....	30
4. MÉTODOS .....	31
5. RESULTADOS.....	38
6. DISCUSSÃO.....	45
7. REFERÊNCIAS .....	49
8. CONCLUSÕES.....	53
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AHA-ACC- American Heart Association/ American College of Cardiology

BCC- Bloqueadores do canal de cálcio

BRA- Bloqueadores do receptor de angiotensina

CA- Circunferência abdominal

CG- Control group

DASH- Dietary approach to stop hypertension

EM- Entrevista motivacional

GC- Grupo controle

GI- Grupo intervenção

HAS- Hipertensão arterial sistêmica

IC- índice de confiança

IECA- Inibidor da enzima conversora da angiotensina

IMC- Índice de massa corporal

IG- Intervention group

MAPA- Monitorização ambulatorial da pressão arterial

MRPA- Monitorização residencial da pressão arterial

OMS- Organização mundial da saúde

PA- Pressão arterial

PAD- Pressão arterial diastólica

PAS- Pressão arterial sistólica

PREVER- Prevention- Prevention of Hypertension in Patients with PreHypertension

PREVER- treatment study- Prevention of cardiovascular events in patients with hypertension and pre-hypertension study

SC-HI- Self-care hypertension inventory

## RESUMO

**TÍTULO:** Efeito da entrevista motivacional na pressão arterial e na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico: ensaio clínico randomizado

**Introdução:** A hipertensão arterial não controlada, geralmente está associada a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e a comportamentos inadequados de autocuidado. Nesse contexto, a entrevista motivacional é proposta como uma abordagem de intervenção para promover motivação dos pacientes em alcançar e manter hábitos saudáveis de controle de sua saúde. **Objetivos:** Comparar a efetividade da entrevista motivacional versus cuidado usual na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos ambulatoriais. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado, paralelo e cego. Foram incluídos pacientes hipertensos alocados em grupo intervenção (GI) com entrevista motivacional e grupo controle (GC) com cuidado usual. O desfecho primário do estudo foi a redução da pressão arterial. Os desfechos secundários incluíram adesão à dieta hipossódica, autocuidado, uso regular das medicações anti-hipertensivas, início ou manutenção de atividade física, redução do peso, alterações na sonolência diurna e cessação de tabagismo. **Resultados:** A intervenção com entrevista motivacional resultou em redução significativa dos níveis pressóricos, a magnitude da diferença foi maior na pressão arterial sistólica noturna (-6.4 mmHg) e na pressão arterial sistólica de 24h (-5.3 mmHg). Além disso, o grupo intervenção apresentou melhora nos escores de autocuidado e adesão medicamentosa. As variáveis, adesão á dieta hipossódica, atividade física, perda de peso, sono e tabagismo não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos. **Conclusão:** Estes resultados permitem concluir que a abordagem de entrevista

motivacional é efetiva na redução da pressão arterial, na melhora do autocuidado e na adesão medicamentosa em pacientes hipertensos.

**Palavras chave:** Entrevista motivacional; Hipertensão; Autocuidado; Comportamento de saúde; Ensaio clínico.



## ABSTRACT

**TITLE:** Effect of motivational interviewing on blood pressure and adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment: randomized clinical trial

**Background:** Uncontrolled hypertension is generally associated with poor adherence to drug treatment and inadequate self-care behaviors. In this context, motivational interview is proposed as an approach to promote patients' motivation to achieve and maintain healthy behaviors. **Purpose:** To compare the effectiveness of motivational interviewing versus usual care in reducing blood pressure in patients with hypertension. **Methods:** To compare the effectiveness of motivational interviewing versus usual care was design a single-center, parallel, randomized clinical trial with outcome-assessor blinding. Were included hypertensive patients who were allocated in intervention group (IG) with motivational interviewing, and control group (CG) with standard care. Primary outcome was the reduction in blood pressure and secondary outcomes included adherence to a low-sodium diet, self-care, regular use of antihypertensive medications, physical activity, weight reduction, changes in daytime sleepiness, and smoking cessation. **Results:** The clinical trial included 120 patients, with a mean age of  $62 \pm 10$  years, predominantly female. The motivational interviewing approach resulted in a significant reduction in blood pressure levels, the magnitude of change was greatest for nighttime systolic blood pressure (-6.4 mmHg) and 24h systolic blood pressure (-5.3 mmHg). Furthermore, patients in the IG showed improvement in self-care scores and medication adherence. The secondary variables, adherence to low-sodium diet, physical activity, weight loss, sleep and smoking did not present statistically significant difference between the groups. **Conclusion:** These results allow us to conclude that the motivational interviewing approach is effective in reducing blood pressure, improving self-care and medication adherence in hypertensive patients.

**Keywords:** Motivational interviewing; Hypertension; Self care; Health behavior; Clinical Trial.

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica de alta prevalência. As consequências da HAS não controlada com parâmetros elevados e sustentados de pressão arterial são reconhecidamente os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (1). No Brasil, essa doença atinge 32,5% da população, contribuindo para 50% das mortes por doença cardiovascular (2). Os riscos começam em valores de pressão arterial como 115/75 mmHg e aumentam exponencialmente, conferindo riscos absolutos com pressão arterial maior que 140/90 mmHg (3,4).

Estima-se que apenas 10-35% dos pacientes hipertensos no Brasil mantém a pressão arterial controlada (2). Essas taxas impactam negativamente em desfechos clínicos como morbidades cardiovasculares e taxas de hospitalização (2,5). Nos Estados Unidos e ao redor do mundo as taxas de controle da hipertensão são similares às do Brasil. Dados americanos (6) apontam que em torno de 49% dos pacientes hipertensos mantém a pressão arterial controlada, e ao redor do mundo apenas 1/3 dos pacientes mantém níveis pressóricos abaixo de 140/90 mmHg (7,8). O controle insatisfatório da pressão arterial está relacionado à baixa adesão ao tratamento e dificuldades dos pacientes adotarem e manterem um estilo de vida mais saudável (9).

Adesão ao tratamento e modificações do estilo de vida com adoção de hábitos saudáveis são considerados fatores determinantes no controle da pressão arterial. Estudos sugerem que intervenções não farmacológicas com recomendações de mudanças no estilo de vida são efetivas na redução de níveis pressóricos e na adesão de hábitos saudáveis (10–12).

Pesquisadores têm constantemente sugerido intervenções mais efetivas na promoção de mudanças de hábitos de vida por conta das baixas taxas de adesão ao tratamento e

controle da pressão arterial (9,13). Dentro desse propósito surge a Entrevista Motivacional, uma abordagem desenvolvida por Miller em 1983 e aprimorada por Miller e Rollnick a partir de 1991(14,15). Essa estratégia auxilia os pacientes a se envolverem com o controle de sua saúde e autocuidado (16) e tem provado ser eficaz no apoio aos indivíduos a adotarem e manterem hábitos saudáveis, como por exemplo, cessação do tabagismo(17,18), redução do consumo de álcool(17) e perda de peso(19,20).

A Entrevista Motivacional é um estilo de atendimento diretivo para evocar do paciente as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde (16). O papel do profissional não tem caráter prescritivo, mas sim, de oferecer condições de crítica que propiciem o espaço para uma mudança natural do indivíduo. Em todo contato com o paciente, o profissional deve expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas do paciente, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia (14–16,21).

No contexto da hipertensão, os dados epidemiológicos atuais indicam alta prevalência da doença e grande dificuldade de controle dos níveis pressóricos (2,6,22). Esses dados indicam que o modelo do tipo prescritivo das medicações, assim como de orientações não farmacológicas pelos profissionais, não tem se mostrado eficaz no controle da pressão e adesão ao tratamento. É nessa perspectiva que este estudo representa uma nova estratégia de abordagem centrada no paciente, com o intuito de mudar a forma de interação profissional-paciente, aumentar seu engajamento e diminuir a resistência às mudanças de comportamento.

Diante do exposto, testou-se no presente estudo a hipótese de que a abordagem de Entrevista Motivacional, quando comparado ao atendimento convencional, reduz a pressão arterial sistólica e diastólica, melhora o autocuidado e a adesão ao tratamento no

seguimento de seis meses com consultas mensais, presenciais e individuais a pacientes hipertensos.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### Hipertensão Arterial Sistêmica

#### Epidemiologia

De acordo com as estatísticas da organização mundial da saúde (OMS) a estimativa de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ao redor do mundo é em torno de 1.13 bilhões (23). Resultados de uma meta-análise de estudos epidemiológicos das últimas três décadas, estimou a prevalência de hipertensão no Brasil em 30% (7), sendo que mais que 60% dos pacientes acometidos por essa patologia são idosos (2).

Altos níveis de pressão arterial estão associados com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica. A hipertensão arterial não controlada é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de acidente vascular encefálico (2). Os riscos de doença cardiovascular iniciam a partir de níveis pressóricos tão baixos quanto 115/75 mmHg e duplicam a cada incremento de 20mmHg na pressão sistólica e 10mmHg na pressão diastólica (22).

#### Definição

Conforme as diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica, a hipertensão é caracterizada como a elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140/90$

mmHg (2). Recentemente a diretriz Americana da American Heart Association/American College of Cardiology (AHA-ACC) definiu hipertensão arterial estágio 1 a partir de 130/90 mmHg e estágio 2 a partir de  $\geq 140/90$  mmHg (6). Os novos parâmetros de hipertensão arterial da AHA-ACC são embasados em dados observacionais e de ensaios clínicos relacionados à associação entre pressão arterial sistólica, diastólica e risco de doença cardiovascular, porém estes novos parâmetros não foram adotados em outras diretrizes (2,24,25).

### Causas da Hipertensão

#### Hipertensão Primária

A hipertensão essencial ou hipertensão primária é considerada a causa de 95% dos casos de hipertensão arterial sistêmica. As causas da hipertensão primária ainda não são claramente entendidas, porém fatores genéticos e ambientais que afetam a regulação da pressão arterial têm sido estudados.

Alguns fatores genéticos relacionados incluem a alta atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona e alterações do sistema nervoso simpático. Em relação aos fatores ambientais, são apontados fatores de risco modificáveis como, por exemplo, obesidade, ingestão excessiva de sal e o sedentarismo (1).

#### Hipertensão Secundária

A hipertensão secundária representa apenas 5% de todos os casos de hipertensão arterial. As principais causas de hipertensão secundária são: doença renal crônica, estenose da artéria renal, secreção excessiva de aldosterona, feocromocitoma e apnéia do sono (1).

A diretriz brasileira de hipertensão aponta como fatores de risco para hipertensão arterial idade  $\geq 60$  anos, sexo feminino, raça negra, obesidade, consumo excessivo de sódio e álcool, sedentarismo e baixa escolaridade (2).

### Classificação da pressão arterial

Conforme a 7ª diretriz brasileira de hipertensão (2), o comportamento dos níveis pressóricos em adultos segue uma classificação de acordo com medições casuais ou de consultório, desde normal e pré-hipertenso até hipertensão estágio 3, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	$\leq 120$	$\leq 80$
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

*Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS  $\geq 140$  mm Hg e PAD  $< 90$  mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3. (Tabela Adaptada)*

*PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica.*

No entanto, a diretriz Americana classifica a hipertensão arterial em quatro níveis: normal, elevada, hipertensão estágio 1 e hipertensão estágio 2, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Categorias de Pressão Arterial em adultos\*. (Tabela Adaptada)

<b>Categoria da PA</b>	<b>PAS</b>		<b>PAD</b>
<b>Normal</b>	<120 mmHg	e	<80 mmHg
<b>Elevada</b>	120-129 mmHg	e	<80 mmHg
<b>Hipertensão</b>			
Estágio I	130-139 mmHg	ou	80-89 mmHg
Estágio II	≥140 mmHg	ou	≥90 mmHg

\*Indivíduos com PAS e PAD situadas em duas categorias devem ser classificados para a categoria de maior pressão arterial;  
Pressão arterial indica a hipertensão arterial (baseada na média de ≥2 cuidadosas avaliações obtidas em ≥2 ocasiões); PAS-pressão arterial sistólica; PAD-pressão arterial diastólica.

### Métodos de Mensuração da Hipertensão Arterial

O estabelecimento do diagnóstico de hipertensão pode ser realizado pelas medidas de consultório, através de duas ou mais medições casuais da pressão arterial que devem ser confirmadas através da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou da medição residencial da pressão arterial (MRPA) (2). Por serem métodos diferentes de aferição, os valores de referência para normalidade seguem as particularidades distintas conforme quadro adaptado da diretriz americana de hipertensão arterial (6). (Quadro 2)

Quadro 2. Valores de PAS/PAD correspondentes à parâmetros de clínica, MRPA, MAPA Diurno, MAPA Noturno, e 24h MAPA. (Tabela adaptada)

<b>Clinica</b>	<b>MRPA</b>	<b>MAPA diurno</b>	<b>MAPA noturno</b>	<b>MAPA 24h</b>
120/80	120/80	120/80	100/65	115/75
130/80	130/80	130/80	110/65	125/75
140/90	135/85	135/85	120/70	130/80
160/100	145/95	145/95	140/85	145/90

MAPA-Monitoramento ambulatorial da pressão arterial; MRPA-Monitoramento residencial da pressão arterial; PA-pressão arterial; PAS-pressão arterial sistólica; PAD-pressão arterial diastólica;

### Medida de pressão arterial casual no consultório



A mensuração da pressão arterial em consultório pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde devidamente habilitado. Estes profissionais devem seguir os procedimentos recomendados nas diretrizes, podendo ser utilizado esfigmomanômetros manuais, automáticos e semi-automáticos, validados e devidamente calibrados (2).

A mensuração da pressão arterial em consultório é considerada o método padrão para a realização de diagnóstico de hipertensão e do seguimento dos pacientes com hipertensão arterial. Para a adequada avaliação dos níveis pressóricos e para evitar os erros de mensuração é essencial seguir as recomendações das diretrizes, que incluem entre outros cuidados: manter o paciente sentado e quieto por ao menos cinco minutos antes da mensuração da pressão, apoiar o membro durante a mensuração e utilizar o tamanho correto de manguito (6).

Alguns fatores como a síndrome do avental branco, o número reduzido de leituras e a impossibilidade de reproduzir a pressão arterial no âmbito das atividades diárias do paciente podem comprometer o diagnóstico (26).

#### Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) permite o registro da pressão arterial durante 24 horas de forma intermitente e indireta, incluindo períodos de vigília e de sono, propiciando a medição do comportamento real dos níveis pressóricos do paciente durante suas atividades cotidianas (2,26). As principais vantagens desse método de verificação, além da possibilidade de obter os valores mais próximos da pressão arterial habitual dos pacientes, são o alto número de aferições nas 24h. Esse método permite verificar alterações circadianas da pressão, incluindo verificações durante o sono, elevação matinal e avaliação da resposta ao tratamento medicamentoso (2,26).

Estudos evidenciam que os resultados obtidos através da MAPA possibilitam estabelecer, de forma fidedigna, o prognóstico de eventos cardiovasculares maiores, como por exemplo, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico (2,6,26,27).

#### Monitorização Residencial da Pressão Arterial

A monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) é o método que consiste na mensuração da pressão arterial durante o período de vigília pelo próprio paciente ou pessoa habilitada, fora do consultório, com equipamento validado e calibrado (2,26). As aferições seguem um protocolo pré-estabelecido e normatizado, sendo três medidas pela manhã antes das medicações e em jejum e três a noite antes da janta, durante cinco dias (2). As principais vantagens da MRPA são o grande número de medidas fora do consultório e em vários dias e momentos diferentes, baixo custo e boa aceitação pelos pacientes, além de proporcionar um maior envolvimento dos mesmos com o tratamento da doença (26).

A reprodutibilidade do método é considerada boa, superior à da medição casual de consultório e similar à da monitorização ambulatorial da pressão arterial, porém apresenta dentre as limitações o risco de erros na obtenção das medidas e a possibilidade de indução de ansiedade no paciente (26).

#### Tratamento farmacológico

O início do tratamento medicamentoso, de acordo com as diretrizes atuais, está indicado para todos os pacientes com hipertensão em estágio 2 e 3, independente de doença cardiovascular ou risco cardiovascular. Pacientes com hipertensão estágio 1 e risco cardiovascular baixo e moderado, indica-se medidas não farmacológicas por no mínimo 90 dias, se não houver redução da pressão arterial neste período, o tratamento medicamentoso deve ser associado ao tratamento não farmacológico (2).

Diversos estudos com amplas margens de valores pressóricos, idade, gênero e condições clínicas demonstraram o benefício do tratamento farmacológico em pacientes com hipertensão arterial (28–30), proporcionando uma redução do risco relativo de 50% na incidência de insuficiência cardíaca, de 30-40% na incidência de acidente vascular encefálico e de 20-25% na incidência de infarto agudo do miocárdio (31).

Recentemente o ensaio clínico multicêntrico chamado “Prevention of Hypertension in Patients with PreHypertension” (PREVER- *prevention*), comparou a efetividade da combinação de baixas doses de clortalidona/Amilorida versus placebo na prevenção de hipertensão arterial em pacientes pré-hipertensos (120-139/80-89 mmHg), no qual demonstrou a prevenção da incidência de hipertensão arterial em até 50% dos pacientes pré-hipertensos e redução do remodelamento ventricular esquerdo (32).

Em 2016 foi publicado o estudo “Prevention of cardiovascular events in patients with hypertension and pre-hypertension study” (PREVER-treatment study), que comparou o efeito da combinação clortalidona/amilorida com losartana em pacientes hipertensos estágio I sem fatores de risco cardiovasculares. Nos primeiros três meses os pacientes elegíveis realizaram intervenção não farmacológica de mudanças no estilo de vida e os pacientes que mantiveram a pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg foram randomizados para clortalidona/amilorida 12,5/2,5 mg ou para losartana 50 mg. O estudo teve seguimento total de 18 meses, sendo que os pacientes foram reavaliados a cada três meses para que, se necessário, o tratamento fosse escalonado de acordo com o protocolo. O PREVER- treatment study, demonstrou grande redução da pressão arterial dos pacientes hipertensos em estágio I, no qual a redução foi maior com clortalidona/amilorida do que com losartana (diferença na pressão sistólica final de 2,3

mmHg, IC 95% 1,3 – 3,3). O estudo não teve poder para avaliar a efetividade do tratamento em desfechos cardiovasculares maiores (33).

Diretrizes atuais concluem que a redução dos níveis pressóricos é fator determinante para a diminuição dos riscos cardiovasculares e apontam como tratamento medicamentoso anti-hipertensivos de primeira classe: diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) e bloqueadores do canal de cálcio (BCC) (24).

#### Tratamento não farmacológico

Intervenções não farmacológicas para tratamento da hipertensão arterial são sabidamente efetivas na redução dos níveis pressóricos e amplamente recomendadas nas diretrizes nacionais e internacionais (2,6,22). O tratamento não farmacológico se baseia em modificações do estilo de vida para hábitos saudáveis e oferecem uma alternativa atrativa para prevenir e tratar a hipertensão com baixo custo e riscos reduzidos. Algumas destas alternativas incluem redução de peso, adoção da dieta do tipo DASH (Dietary approach to stop hypertension), redução da ingestão de sódio, atividade física e redução no consumo de álcool. (Tabela 2)

Tabela 2. Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a pressão arterial.

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD	Recomendação
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal	Manter IMC < 25kg/m <sup>2</sup> até 65 anos. Manter IMC < 27kg/m <sup>2</sup> após 65 anos. Manter CA < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5mmHg	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente	Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g ou seja, 5g de cloreto de sódio
Moderação no consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses/dia	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens*

*IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. (Tabela adaptada)*

*\*Uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350ml de cerveja, 150ml de vinho e 45ml de bebida destilada.*

As recomendações do quadro acima são suficientes para prevenir a hipertensão e são indicadas para pacientes com hipertensão estágio I de baixo e moderado risco cardiovascular por ao menos três meses e enquanto mantiverem controle adequado dos níveis pressóricos. Essas recomendações também representam parte fundamental do tratamento coadjuvante em todos os demais estágios da hipertensão arterial (2,6).

Estudos com intervenção multidisciplinar no tratamento da hipertensão têm demonstrado efetividade na melhora da adesão ao tratamento não farmacológico, com repercussão substancial nos níveis pressóricos dos pacientes (34,35).

Em 2017, Ozemek et al. ressaltam que abordagens multidisciplinares em pacientes hipertensos e pré-hipertensos são viáveis e eficazes no manejo e redução dos níveis

pressóricos. Estes autores apontam que contato frequente com equipes multidisciplinares relacionados a exercícios físicos, nutrição e bem estar, são uma alternativa atrativa que proporciona ao paciente a devida atenção com importante redução da pressão arterial através de modificações do estilo de vida.

Uma revisão sistemática incluiu ensaios clínicos de avaliação de intervenções com aconselhamento comportamental para promover dieta saudável, atividade física ou ambos, em pacientes com risco cardiovascular com ou sem tratamento medicamentoso. A duração mínima os estudos era de 12 a 24 meses, no qual foi demonstrado que intervenções não farmacológicas com aconselhamento comportamental de média e alta intensidade resultaram em melhoras consistentes em uma variedade importante de desfechos intermediários de saúde cardiovascular como, por exemplo, colesterol total e LDL, pressão arterial, glicose e peso em um período maior que dois anos de seguimento. O estudo ainda demonstrou que a alta intensidade de aconselhamento com mudanças de estilo de vida podem reduzir a incidência de diabetes de 3 a 4 anos (13).

### Adesão ao Tratamento

A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo está associada ao descontrole dos níveis pressóricos, aumento dos custos com tratamento medicamentoso, aumento de hospitalizações, visitas à emergência e admissões em unidades de terapia intensiva (5,36).

Manter os níveis pressóricos em faixas adequadas é fundamental para diminuir os riscos de eventos cardiovasculares, entretanto, as taxas de controle são consideradas subótimos, apenas 40% dos pacientes hipertensos mantêm controle adequado (5).

O manejo adequado do tratamento é multifatorial e exige o engajamento dos pacientes, familiares, comunidades, profissionais e sistemas de saúde. Isso inclui amplo acesso aos sistemas e profissionais de saúde, adoção de hábitos saudáveis, alta adesão ao tratamento medicamentoso e adequado acompanhamento dos pacientes (2,37).

Autocuidado baseado em um estilo de vida saudável é fundamental para prevenir a elevação da pressão arterial e indispensável como parte do tratamento de pacientes hipertensos (38). O autocuidado inclui modificações de comportamento que impactam em fatores de risco para hipertensão, como por exemplo, redução do peso em pessoas com sobrepeso ou obesidade; adoção de uma dieta do tipo DASH (rica em frutas, vegetais e com baixo teor de gorduras totais e saturadas), redução de ingestão de sódio, realização de atividade física e moderação no consumo de bebidas alcoólicas (2,22,37).

#### Autocuidado na hipertensão

O autocuidado foi conceituado por Riegel e colaboradores em 2012 e baseado na teoria de autocuidado de doenças crônicas (39). Este é definido como um processo natural de tomada de decisão através de práticas de promoção da saúde e manejo da doença. O processo de autocuidado envolve diversos fatores tanto do tratamento farmacológico (tomar as medicações conforme prescrito) como do tratamento não farmacológico (realizar modificações de hábitos de vida), e ainda inclui a monitorização de sinais e sintomas da doença e engajamento no manejo dos sinais e sintomas quando estes ocorrerem (38–40).

Na hipertensão é fundamental o envolvimento ativo do paciente no tratamento, com atitudes e comportamentos direcionados para alcançar e manter níveis pressóricos adequados. Por se tratar de uma doença assintomática associada a altos riscos de eventos

cardiovasculares, doença renal e acidente vascular encefálico, a percepção do paciente quanto à importância do autocuidado se torna ainda mais relevante (38).

Diretrizes e pesquisadores apontam que o autocuidado focado em modificações do estilo de vida (ex.: redução de peso, dieta hipossódica, cessação do tabagismo e atividade física) devem ser encorajados e monitorados continuamente como parte essencial do seguimento de paciente hipertensos (2,22,38,40).

Dados de um estudo de coorte brasileiro que seguiu 825 pacientes por  $23\pm 8$  meses, testou a efetividade de repetidos aconselhamentos não farmacológicos a longo prazo no tratamento da hipertensão. Os resultados indicaram redução de pressão arterial sistólica de 5 mmHg e pressão diastólica de 2 mmHg no grupo com adesão à dieta hipossódica; e redução de 6,6 mmHg na pressão sistólica e 2 mmHg na pressão diastólica dos pacientes que aderiram a uma dieta hipocalórica (12). Os achados deste estudo denotam o quanto é relevante a atuação do profissional da saúde na decisão de adesão às medidas de autocuidado por parte do paciente. Esses achados reforçam a importância da busca por novas e mais eficientes estratégias de acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas.

#### Escala de autocuidado na hipertensão arterial

O incentivo às práticas de autocuidado são essenciais, entretanto, a avaliação fidedigna destas práticas em pacientes hipertensos é tão importante quanto útil para nortear o atendimento dos profissionais de saúde e auxiliar na implementação de estratégias individualizadas de tratamento.

Em 2017, um grupo de pesquisadores americanos desenvolveu uma escala de autocuidado de hipertensão chamada Self-Care of Hypertension Inventory -SC-HI (40).



Essa escala composta por 23 itens foi desenvolvida de acordo com a teoria de autocuidado para doenças crônicas (39) e quantifica o autocuidado em três dimensões: manejo, manutenção e confiança.

A escala de manutenção do autocuidado composta por 11 itens, inclui comportamentos recomendados para manter a doença sob controle como, por exemplo, aferir a pressão, realizar atividade física, restringir o sal na dieta e tomar os medicamentos prescritos. A escala de manejo do autocuidado com seis itens, mede quão rapidamente os pacientes percebem que a pressão arterial subiu e com que frequência eles implementam medidas para diminuir os níveis pressóricos, assim como avaliam as medidas tomadas. A escala de confiança no autocuidado com seis itens avalia quão confiante o paciente se sente para manter e manejar comportamentos de autocuidado na hipertensão (40).

A avaliação do escore dos pacientes é por meio de uma escala Likert, com escores que vão de 0 a 100. Escores acima de 70 são considerados como adequado autocuidado. Cada escala é avaliada independente da outra. (40).

Em 2018, nosso grupo de pesquisa realizou o processo de adaptação transcultural para o português do Brasil da SC-HI (38), após esse processo, em 2019 foram testadas as propriedades psicométricas desta escala, e esta foi considerada válida e fidedigna para uso no Brasil (dados não publicados).

### Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional surgiu a partir da percepção de que o modelo tradicional de atendimento dos pacientes, baseado no confronto entre o comportamento esperado e o comportamento real, poderia reforçar hábitos não saudáveis. Enquanto, no atendimento tradicional o confronto profissional de saúde-paciente é evidente, na entrevista motivacional o confronto destina-se a surgir unicamente dentro do próprio paciente. O

desconforto interno do paciente aumenta a probabilidade de mudança, fornecendo um novo ambiente para atuação do profissional de saúde e do paciente, no intuito de ofertar apoio à mudança. Stephen Rollnick (15) argumenta que a motivação para a mudança não é apenas um problema do paciente, mas um estado de mudança que é muito sensível ao comportamento do profissional. O precursor da técnica ainda percebe que o progresso no aconselhamento é mais provável de ocorrer se o cliente perceber espaço para pensar e dialogar, pois a motivação para mudar não pode ser imposta por outrem, mas provocada dentro de uma atmosfera livre de conflitos. Sendo assim, a ausência de confronto entre as partes envolvidas aparece como uma parte importante do sucesso desta técnica (15).

Nesse contexto, a entrevista motivacional se trata de um método de aconselhamento centrado no paciente e desenhado para estimular e fortalecer a motivação pessoal para a mudança, explorando e resolvendo as ambivalências do paciente. Trata-se de um estilo orientador, destinado a melhorar a motivação intrínseca para mudar, desenvolver autonomia e promover comportamentos no interesse da saúde (14,16,21).

William Miller descreveu a entrevista motivacional (EM) pela primeira vez em 1983, como uma técnica para aumentar a motivação das pessoas nos processos de mudança. Posteriormente, em 1991 Miller e Rollnick revisaram e aperfeiçoaram a técnica, descrevendo princípios e procedimentos do método (15,41). A descrição inicial da entrevista motivacional não foi derivada de um modelo teórico base, em vez disso representava um método clínico e posteriormente, um crescente corpo de achados empíricos, necessitando de explicação teórica (16).

A técnica apresenta metodologia e procedimentos específicos que geram um ambiente empático para favorecer a relação profissional-paciente. A entrevista

motivacional se caracteriza por quatro importantes princípios: engajamento, que se trata da relação profissional-paciente baseada no respeito e na confiança; Foco, que envolve colaboração mútua para identificar barreiras e objetivos que irão guiar os atendimentos; Evocação, que é relacionado à motivação do paciente para a mudança de hábitos não saudáveis; Planejamento, que é o plano de ação que o próprio paciente desenvolve assim que ele estiver engajado no processo de mudança de hábito(14).

### Princípios da Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional exige o desenvolvimento de algumas habilidades para que se alcancem os objetivos do método. Por se tratar de um processo complexo que auxilia as pessoas a resolverem a ambivalência em relação a um comportamento não saudável, o profissional cria uma atmosfera que conduz a mudança através de cinco princípios norteadores: expressar empatia; desenvolver discrepância; evitar argumentação; acompanhar a resistência e suportar a auto-eficácia (14).

Inicialmente, o profissional expressa empatia, de forma que demonstra um entendimento não julgamental da perspectiva do paciente. No segundo momento o profissional trabalha com o desenvolvimento da discrepância, ajudando o paciente a explorar a diferença que existe entre os comportamentos habituais e os que ele gostaria de ter no seu cotidiano. No momento que a discrepância é percebida, o paciente começa a fazer associações com mudanças de atitudes. O terceiro princípio é fundamental nessa etapa, pois neste momento, o paciente e não o profissional, apresenta as razões para a mudança, sendo assim o profissional deve evitar argumentar para a mudança de atitudes, o que levaria a uma reação de resistência por parte do paciente. O quarto princípio, acompanhar a resistência, diz respeito a aceitar a existência da ambivalência entre o comportamento atual e o comportamento adequado e a falta de motivação do paciente

para mudar, no entanto o profissional, de forma habilidosa, convida o paciente para iniciar o processo de resolução do problema. E finalmente, o profissional suporta a auto-eficácia, encorajando o paciente sobre a real possibilidade de mudança (14,15).

### Habilidades da Entrevista Motivacional

#### Escuta

A escuta reflexiva é uma das habilidades mais importantes da entrevista motivacional. É o principal meio para demonstrar empatia, fazendo com que o paciente se sinta compreendido. A escuta é uma importante ferramenta para obter informações que muitas vezes não teríamos se o paciente apenas respondesse a perguntas fechadas. A orientação dos profissionais habilitados nesta técnica é de que deve-se aumentar a proporção e acurácia da escuta reflexiva e diminuir a proporção de perguntas (14,15).

#### Provocando declarações motivadoras

Através de escuta reflexiva e de perguntas abertas escolhidas com cautela, permitimos que o paciente tenha espaço para refletir e falar a respeito das mudanças de comportamentos. Nesse momento de resposta e reflexão se inicia um processo muito importante, no qual o paciente se ouve argumentando a favor da mudança. Ao provocar do paciente declarações sobre a mudança de atitude, o paciente encontra razões para que o processo se inicie (15).

É nesta etapa da entrevista motivacional que se torna perceptível a diferença desta metodologia com a consulta prescritiva tradicional. Nesta metodologia o paciente argumenta, encontra seus motivadores e elabora a sua forma de mudar o comportamento,

o profissional da saúde se torna coadjuvante nesse processo, mas não menos importante (15).

### Tratamento com Entrevista Motivacional

Inicialmente, esta abordagem foi utilizada no tratamento de doenças aditivas (álcool e drogas) e mais recentemente, seu uso foi extrapolado para as doenças crônicas, apresentando resultados satisfatórios em diferentes áreas da saúde, como por exemplo, diabetes, transtornos alimentares e doenças cardíacas (41).

Em 2013 foi conduzida uma revisão sistemática e metanálise (17) com 48 ensaios clínicos randomizados que incluiu um total de 9618 participantes. Este estudo avaliou a eficácia da entrevista motivacional em diferentes desfechos de interesse. Entre os desfechos avaliados, estava o nível de colesterol, as cáries dentárias, a pressão arterial, a carga viral de HIV, a perda de peso, o uso de tabaco, o uso de maconha e distúrbios alimentares. As intervenções ocorreram em diversos cenários, como por exemplo, hospitais, clínicas médicas, consultórios dentários, unidades de emergência, entre outros (17).

O tempo médio despendido para as intervenções com entrevista motivacional foi de 106 minutos, quando comparado a aproximadamente 30 minutos de atendimento do grupo de comparação; a média de atendimentos presenciais foi de 2,6 consultas e a média por telefone foi de três atendimentos. Os profissionais que aplicaram a técnica foram predominantemente profissionais de saúde mental (13 estudos), enfermeiros (6 estudos), nutricionista (1 estudo) e médico (1 estudo), e estudos com aplicação da técnica por profissionais de mais de uma área. O tempo médio de treinamento destes profissionais na técnica de entrevista motivacional foi de 18 horas (17).

Os resultados dessa metanálise concluíram que a técnica de entrevista motivacional apresenta maiores chances de produzir desfechos positivos quando comparado a outras intervenções como, por exemplo, cuidados usuais, intervenções em sala de espera ou intervenções educativas. Nesse sentido, fica evidente que a entrevista motivacional pode ser aplicada por diferentes profissionais da área da saúde treinados para a metodologia, mesmo quando utilizada em poucas sessões (entre 2-3 encontros) (17).

### **3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS**

#### **Justificativa**

Dados atuais indicam que o controle da hipertensão arterial é aquém do adequado para evitar eventos cardiovasculares graves. A identificação de abordagens mais eficazes se torna essencial para auxiliar nas mudanças de hábitos de vida saudável e adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

A despeito das evidências apresentadas com a abordagem de entrevista motivacional, os dados são ainda incipientes no contexto de pacientes hipertensos.

Destaca-se algumas limitações das evidências apresentadas, que incluem a não utilização da metodologia original descrita por Miller e Rollnick (14–16), que poucos estudos realizaram consultas presenciais e individuais, e principalmente, que não é do nosso conhecimento que algum estudo tenha mensurado os resultados de pressão arterial com monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).

Diante do exposto este estudo foi delineado para preencher as lacunas existentes no conhecimento sobre este tema. Foi proposto testar por meio de um Ensaio Clínico Randomizado a hipótese de que a abordagem de Entrevista Motivacional, quando

comparada ao atendimento convencional, reduz a pressão arterial sistólica e diastólica, melhora o autocuidado e a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos no seguimento de seis meses com consultas mensais, presenciais e individuais.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo Específico

- Comparar a efetividade da intervenção com entrevista motivacional versus cuidado usual no delta de pressão arterial sistólica e diastólica avaliada com monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA);

### Objetivos Secundários

- Comparar a efetividade da entrevista motivacional versus cuidado usual na melhora da adesão à dieta hipossódica, autocuidado, uso regular das medicações anti-hipertensivas, início ou manutenção de atividade física, redução do peso, alterações na sonolência diurna e cessação de tabagismo.

## **4. MÉTODOS**

### **DESENHO DO ESTUDO**

O estudo se trata de um ensaio Clínico Randomizado paralelo e cego para avaliação de desfechos com seguimento de seis meses. A população do estudo foi composta por pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, controlada ou não, que estavam em acompanhamento no ambulatório de hipertensão do Hospital de Clínicas de

Porto Alegre (HCPA). O estudo foi conduzido no HCPA, no período de Novembro de 2015 a Junho de 2018. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição e todos participantes preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi registrado no ClinicalTrials.gov (NCT02892929).

Os pacientes foram identificados através da lista do ambulatório de hipertensão do HCPA e convidados a participar do estudo através de contato telefônico. Após a confirmação de elegibilidade e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) os pacientes foram randomizados em grupo intervenção com abordagem de entrevista motivacional e grupo controle com cuidado usual. As consultas de ambos os grupos aconteceram presencialmente, uma vez ao mês por seis meses. As avaliações antropométricas, questionários e escalas de avaliações e monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) foram realizadas na consulta inicial e no final do seguimento de seis meses.

## CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

### Crítérios de inclusão:

- Pacientes de ambos os sexos;
- Idade de 18 a 80 anos;
- Em acompanhamento regular por mais de seis meses no ambulatório de hipertensão do HCPA;
- Não estar em acompanhamento nutricional nos últimos seis meses.



- Em uso de pelo menos dois medicamentos anti-hipertensivos no momento do recrutamento;

Critérios de exclusão:

- Gravidez ou lactação;
- Doença do trato gastrointestinal;
- Doença inflamatória que exija o uso de corticóide;
- Em tratamento com quimioterapia;
- Diabetes;
- Deficiência intelectual ou demência;
- Incapacidade de participar do estudo por precisar de envolvimento de uma terceira pessoa.

## ALOCAÇÃO DOS GRUPOS

### Grupo Intervenção

O grupo intervenção recebeu abordagem com a metodologia de entrevista motivacional desde a primeira consulta. A metodologia foi utilizada com o objetivo de trabalhar a ambivalência em relação ao tratamento para hipertensão arterial e aos comportamentos não saudáveis. Durante o atendimento é criada a atmosfera própria da Entrevista Motivacional como, por exemplo, fazer uso de perguntas abertas, evitar a

argumentação, praticar empatia e escuta reflexiva para encorajar o paciente a falar sobre por que, como e quando ele poderia mudar o comportamento-alvo. O enfermeiro coloca em evidência as discrepâncias que surgem quando o paciente percebe as diferenças entre sua situação atual e suas expectativas para o futuro. Além disso, o enfermeiro apoia a autoeficácia, a fim de auxiliar o paciente a identificar suas habilidades e como aplicar essas competências no contexto da hipertensão arterial. Finalmente, o enfermeiro ajuda a resumir o que o paciente pretende alcançar comportamentalmente.

### Grupo Controle

Os pacientes alocados para o grupo controle realizaram o mesmo número de consultas do grupo intervenção, sendo um total de seis consultas convencionais, ocorrendo uma por mês com nutricionista especialista em cardiologia sem conhecimento da técnica de entrevista motivacional. Durante as consultas, os pacientes receberam recomendações gerais para hipertensão, como aumentar o consumo de frutas e verduras, reduzir o consumo de sal, evitar alimentos processados, perder peso e reduzir o consumo de bebidas alcoólicas.

## VARIÁVEIS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Os dados referentes à idade, sexo, cor, escolaridade, renda familiar média, atividade profissional, comorbidades clínicas, tempo de diagnóstico de HAS e de acompanhamento no ambulatório, medicações em uso, aferição da pressão arterial, peso e altura e hábitos de vida (dieta, atividade física e exercício) foram coletados de todos participantes no período basal e atualizados no final do seguimento do estudo.

## DESFECHOS DO ESTUDO

O desfecho primário foi a redução de pelo menos 8mmHg na pressão arterial sistólica e mudanças na pressão arterial diastólica. Este desfecho foi mensurado com MAPA no período basal e no final do seguimento.

Desfechos secundários incluíram melhora da adesão á dieta hipossódica, adesão ao autocuidado, regular uso de medicamentos anti-hipertensivos, aumento ou manutenção da atividade física, mudanças na sonolência noturna, perda de peso e cessação do tabagismo.

Os desfechos foram avaliados por questionários apropriados, avaliação de peso foi medida diretamente nas consultas de seguimento e cessação do tabagismo foi auto-relatada. As análises foram por intenção de tratar. Todos os dados foram armazenados em tabelas de Excel e tabuladas através de dupla checagem.

## AVALIAÇÕES DE DESFECHOS

### Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)

A MAPA foi realizada usando equipamento calibrado periodicamente (DINAMAPA-2000, Cardio Systems Coml. Indl. Ltda.), com tamanho de manguito de acordo com a circunferência do braço do paciente. As mensurações ocorreram a cada 15 minutos no período diurno (6:00h- 22:00h) e a cada 30 minutos no período noturno (22:00h- 6:00h). Os resultados da MAPA foram considerados satisfatórios quando apresentavam no mínimo 16 leituras diurnas e 8 leituras noturnas (26).

### Questionários e escalas

Os pacientes responderam os seguintes questionários: Questionário de restrição de sódio (Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ)) (42) para avaliação da adesão á restrição de sódio na alimentação; Escala de autocuidado de hipertensão (Self-Care of Hypertension Inventory – Brazilian Version (SC-HI)) (38,40) para mensurar o autocuidado nos pacientes hipertensos; Questionário de adesão medicamentosa (Medication Assessment Questionnaire (MAQ)) (43) para avaliar a adesão ao tratamento medicamentosos; Questionário internacional de atividade física (International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)) (44) para quantificar o nível de atividade física; e a escala de sonolência (Epworth Sleepiness Scale (ESS)) (45) para mensurar a sonolência diurna. Todas as escalas e questionários foram administradas no início e no final do seguimento.

## CÁLCULO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi calculado com o software WinPepi 11.20. Valores de delta para níveis de pressão arterial foram calculados baseados em estudos com a mesma população como reportado por Correa et al. (46). O tamanho da amostra foi estimado em 100 pacientes sendo 50 em cada grupo, considerando a diferença de 8mmHg entre os grupos e desvio padrão de 14mmHg, poder de 80% e alfa de 0,05. Somou-se 20% de perdas a amostra final foi de 120 pacientes, sendo 60 para cada grupo.

## RANDOMIZAÇÃO, ALOCAÇÃO E CONFIABILIDADE

Pacientes foram alocados para GI e GC por randomização amostral simples, usando envelopes opacos numerados, contendo códigos de randomização únicos. A lista de randomização foi gerada online em blocos de seis no site [www.randomization.com](http://www.randomization.com) e foi confiada para um investigador independente e não envolvido no estudo.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram expressas como média  $\pm$  desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram expressas em número absoluto e percentuais. Qui-quadrado foi utilizado para as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores da escala de autocuidado. A comparação das variáveis quantitativas entre grupos se deu através do teste t de Student ou Mann-Whitney conforme distribuição dos dados. Em cada grupo, mudanças na pressão de 24h, pressão arterial diurna e pressão arterial noturna foram calculadas subtraindo os valores basais dos valores obtidos depois do período de intervenção. A diferença entre os grupos (delta) foi calculada subtraindo a mudança observada entre eles. Os valores de pressão arterial e escores da escalas e questionários foram analisados pela Equação de Estimativas Generalizadas (GEE) com correção de Bonferroni. Diferenças de pressão arterial entre os grupos durante o seguimento foram analisadas pela análise de variação de medidas repetidas (ANOVA). Análise de covariância (ANCOVA) foi conduzida para ajustar diferenças de medidas de pressão arterial no período basal. O nível de significância adotado foi de 5% e os dados foram analisados no programa estatístico SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* v.18.0 (Chicago, Illinois, EUA).

## 5. RESULTADOS

Durante o período de recrutamento 429 pacientes foram elegíveis, destes 159 não aceitaram participar do estudo, 40 tinham déficit cognitivo, 14 doença inflamatória, 78 Diabetes e 18 estavam em acompanhamento com nutricionista nos últimos seis meses. Portanto, 120 pacientes foram randomizados, 60 para cada grupo. No final dos seis meses

de seguimento 52 pacientes permaneceram no grupo intervenção (GI) e 51 no grupo controle (GC). (Figura 1)

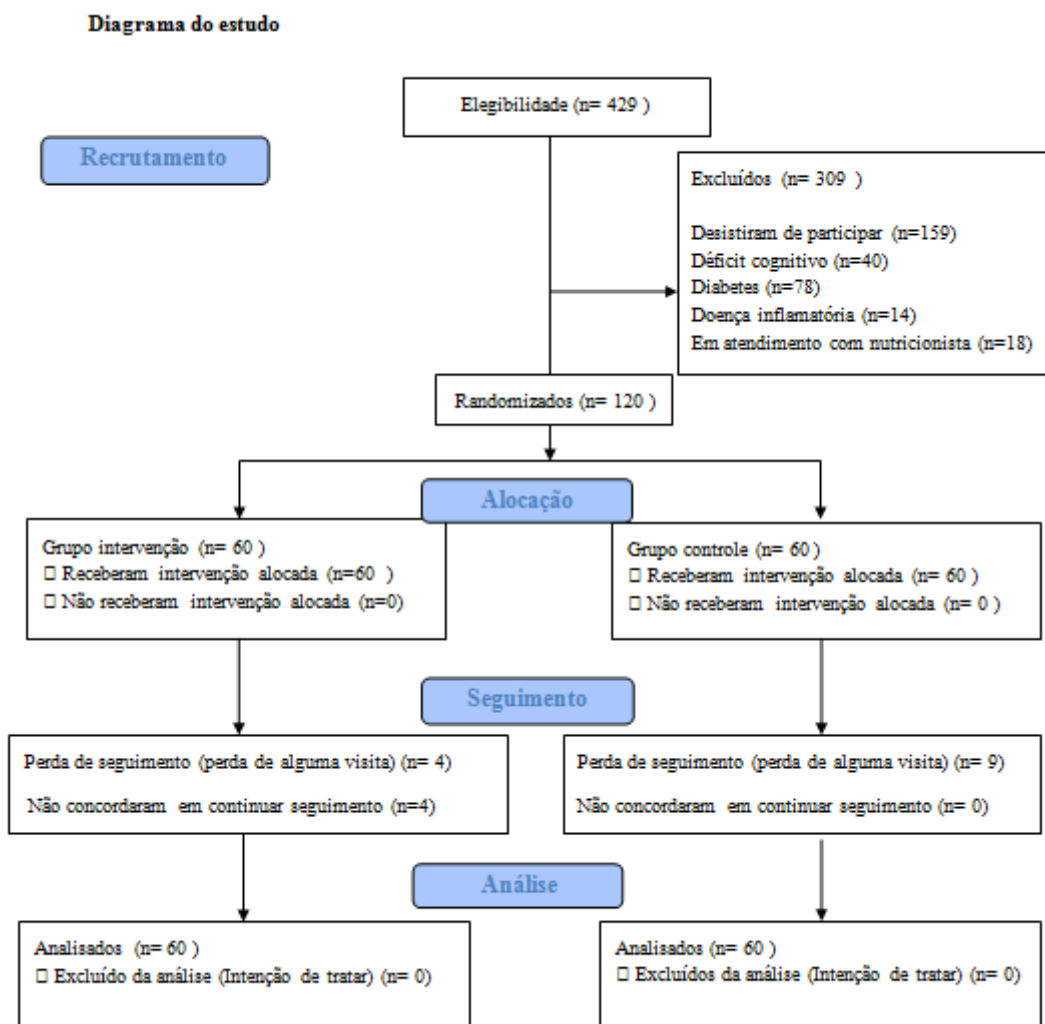


Figura 1. Diagrama do estudo.

A amostra de pacientes foi prevalentemente feminina (70%), branca (72%), com média de idade de  $62 \pm 10$  anos, média de duração da hipertensão foi  $\geq 13$  anos. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos no período basal (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Grupo Intervenção (n=60)</b>	<b>Grupo Controle (n=60)</b>	<b>P</b>
<b>Idade, anos*</b>	62±10	62±10	0.426
<b>Sexo, feminino<sup>†</sup></b>	44 (73)	40(67)	0.443
<b>Etnia<sup>†</sup></b>			
Branca	40 (67)	46(77)	0.220
Negro/Pardo	20 (33.4)	14(23)	
<b>Situação Conjugal<sup>†</sup></b>			
Casado	30 (50)	26(43)	0.220
<b>Tempo de estudo, anos*</b>	8±4	8±4	0.441
<b>Renda média familiar, SM<sup>‡</sup></b>	2.5 (0–12)	2(1-9.5)	0.470
<b>Tempo de diagnóstico de hipertensão, anos<sup>‡</sup></b>	13 (8–24)	13 (8-21)	0.510
<b>Tempo de acompanhamento ambulatorial, anos<sup>‡</sup></b>	10 (6–18)	10 (5-15)	0.550

\*Média ± desvio padrão, teste-*t* Student; <sup>†</sup>n (%), teste qui-quadrado; <sup>‡</sup>mediana (intervalo interquartil), teste *U* Mann-Wi  
SM: salário mínimo.

### Características clínicas da amostra

Peso médio dos pacientes foi de 77±16 kg no GI e 80±22 Kg no GC. No total, 22% e 15% das pacientes do GI e GC, respectivamente, eram fumantes. Uma descrição

completa das características clínicas, incluindo classe de medicações utilizadas pelos participantes está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Características clínicas e medicamentos anti-hipertensivos em uso regular

Dados clínicos	Intervenção (n=60)	Controle (n=60)	P
Peso (kg)*	77±16	80±22	0.216
Índice de massa corporal*	30±6	30±5	0.404
Tabagismo ativo†	13 (22)	9 (15)	0.407
Consumo de álcool†	15 (25)	15 (25)	0.221
Atividade física regular†	13 (22)	19 (32)	0.667
Dieta hipossódica†	23 (38)	34 (57)	0.168
Medicamentos anti-hipertensivos*	3±1	3±1	0.407
Diuréticos†	46 (78)	50 (83)	0.247
Antagonistas adrenérgicos†	48 (80)	46 (77)	0.619
Inibidores da enzima conversora da angiotensina†	24 (40)	32 (53)	0.100
Vasodilatadores†	14 (23)	13 (22)	0.500
Bloqueadores do canal de Cálcio†	31 (52)	33 (55)	0.427
Antagonista do receptor da Angiotensina II†	17 (28)	15 (25)	0.418

\*Média ± desvio padrão (teste-t Student); †n (%) (teste qui-quadrado);

### Desfecho primário do estudo

Os valores da pressão arterial no período basal e no seguimento de seis meses nos grupos intervenção e controle estão apresentados na Tabela 3. Os deltas correspondem às diferenças na pressão arterial entre o período inicial e o seguimento no grupo que recebeu



entrevista motivacional (intervenção) menos a diferença de pressão arterial no grupo controle.

Os resultados foram ajustados para os correspondentes valores de MAPA basal e mostraram que todos os deltas sistólicos e diastólicos (24 horas e noturnos), bem como os deltas diastólicos diurnos, foram maiores nos pacientes que receberam a abordagem com entrevista motivacional. Enquanto o GI exibiu uma diminuição nos valores de pressão arterial em todos os períodos da MAPA, o GC exibiu um pequeno aumento nos

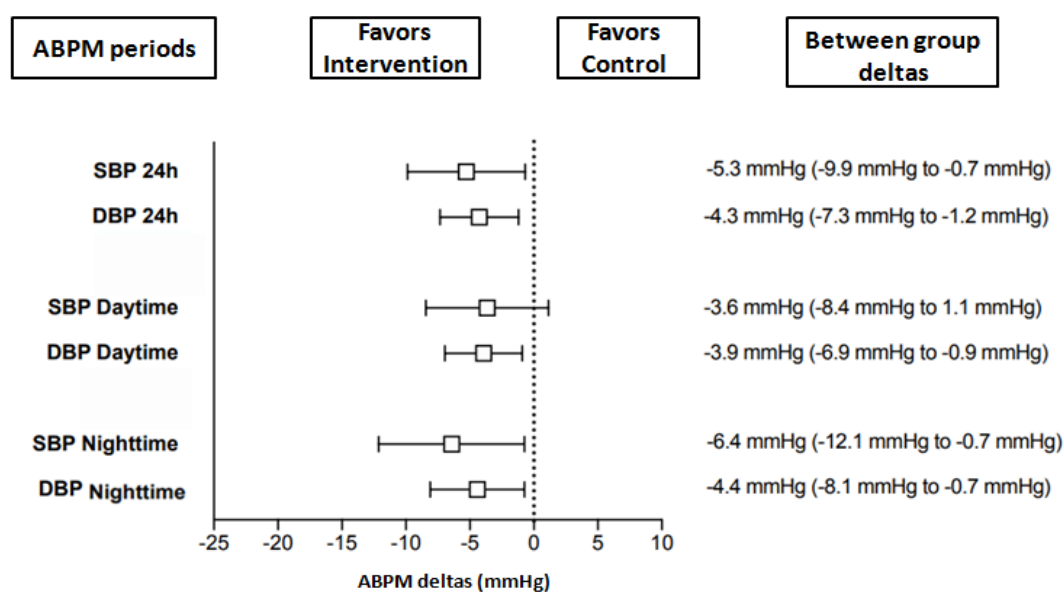
Tabela 3. Mudanças na pressão arterial no grupo intervenção e no grupo controle. Valores expostos em média e d padrão (mmHg) para pressão arterial e 95% de IC para as diferenças.

<b>PA</b>	<b>Grupo</b>	<b>Basal*</b>	<b>Final*</b>	<b>Delta<sup>a</sup> (95%IC)</b>	<b>P</b>
<b>PAS-24h</b>	GI	128±16	121.84±16	-5.3 (-9.9 to -0.7)	0.025
	GC	123±16	123.89±16		
<b>PAD-24h</b>	GI	75±10	70.85±9	-4.3 (-7.3 to -1.2)	0.007
	GC	73±10	73.66±11		
<b>PAS Diurna</b>	GI	129.91±17	124.73±17	-3.6 (-8.4 to 1.1)	0.133
	GC	125.82±17	125.69±17		
<b>PAD Diurna</b>	GI	75.84±10	72.00±9	-3.9 (-6.9 to -0.9)	0.011
	GC	74.78±10	75.22±10		
<b>PAS Noturna</b>	GI	120.92±16	114.52±18	-6.4 (-12.1 to -0.7)	0.027
	GC	115.54±16	117.33±16		
<b>PAD Noturna</b>	GI	69.93±9	66.16±10	-4.4 (-8.1 to -0.7)	0.019
	GC	67.02±11	68.80±11		

\*Análise dos dados através de Estimativa de Equações Generalizadas (GEE) com correção de Bonferroni. PAS, pressão a sistólica; PAD, pressão arterial diastólica; GI, grupo intervenção; GC, grupo controle; <sup>a</sup> Delta da pressão arterial entre o mo basal e o seguimento de 6 meses no Grupo Intervenção menos a diferença observada no Grupo Controle.

valores de pressão arterial (exceto nos valores diurnos da PAS) ao final de seis meses de acompanhamento.

A Figura 3 apresenta a variação da pressão arterial entre os grupos. As maiores variações ocorreram na pressão arterial sistólica de 24h (-5,3 mmHg; IC: -9,9 a -0,7 mmHg) e na pressão arterial sistólica noturna (-6,4 mmHg; IC: -12,1 a -0,7 mmHg), ambas a favor do grupo que recebeu entrevista motivacional.



**Figure 3.** Delta of blood pressure between the baseline and follow-up visits in the motivational interviewing group minus the delta in the control group, adjusted for the corresponding baseline blood pressure.

ABPM- 24h ambulatory blood pressure monitoring; SBP-sistolic blood pressure; DBP- diastolic blood pressure;

### Desfechos secundários

Nas análises de desfechos secundários foram encontrados diferenças estatisticamente significativas apenas nas avaliações de autocuidado e adesão medicamentosa.

Os escores da escala de autocuidado mostraram melhora estatisticamente significativa nas três dimensões do autocuidado (manutenção, gerenciamento e confiança) apenas no grupo GI. Na avaliação intragrupo, o GI também apresentou melhora estatisticamente significativa entre o período inicial e o acompanhamento de seis meses, enquanto o GC não apresentou (Tabela 4).

Na avaliação inicial, ambos os grupos apresentaram escores limítrofes para autocuidado adequado ( $\geq 70$  pontos). Na avaliação final, o GI apresentou melhora significativa, enquanto os escores do GC permaneceram semelhantes ao período basal.

A adesão à medicação antihipertensiva avaliada pelo MAQ não apresentou diferença significativa entre os grupos. Na análise intragrupo entre o período basal e o seguimento de seis meses, o GI apresentou melhora estatisticamente significativa, enquanto no GC, a adesão à medicação piorou neste mesmo período (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação do Autocuidado através da escala EAC-HI no grupo intervenção e grupo controle no momento basal e momento final.

<b>Escalas</b>	<b>Grupo</b>	<b>Escore Inicial</b>	<b>Escore Final</b>	<b>P (Intragrupo)</b>	<b>P (entre grupos)</b>
<b>Manutenção do autocuidado</b>	GI	70	81	<0.001	0.002
	GC	74	75	0.591	
<b>Manejo do autocuidado</b>	GI	61	71	0.002	0.001
	GC	65	65	0.912	
<b>Confiança no autocuidado</b>	GI	88	94	0.020	<0.001
	GC	91	89	0.532	
<b>MAQ<sup>‡</sup></b>					
Escore < 1	GI	31 (52)	36 (60)	0.001	0.225
	GC	32 (53)	30 (50)	0.01	

\*Escore  $\geq 70$  = adequado autocuidado (equações de estimativas generalizadas com correção de Bonferroni); <sup>†</sup>n (%), teste qui-quadrado; <sup>‡</sup> Questionário de adesão medicamentosa (equações de estimativas generalizadas com correção de Bonferroni).

As demais variáveis como adesão á dieta hipossódica, aumento ou manutenção da atividade física, mudanças na sonolência noturna, perda de peso e cessação do tabagismo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 5).

Tabela 5. Avaliação de atividade física, sonolência diurna, dieta hipossódica, peso e tabagismo no grupo intervenção e grupo controle no momento basal e momento final.

Escalas	Grupo	Escore Inicial	Escore Final	P
<b>IPAQ*</b>				0.682
Inactivity	GI	14 (23)	12 (20)	
	GC	18 (30)	14 (23)	
moderate PA	GI	15 (25)	17 (28)	
	GC	21 (35)	23 (38)	
Vigorous PA	GI	31 (52)	31 (52)	
	GC	21 (35)	23 (38)	
<b>Eptworth<sup>†</sup></b>				0.304
Score	GI	7±6	7±6	
	GC	8±5	8±5	
<b>DSRQ*</b>				0.225
	GI	31 (52)	36 (60)	
	GC	32 (53)	30 (50)	
<b>Peso<sup>†</sup></b>				0.322
	GI	77±16	75±19	
	GC	80±22	80±23	
<b>Tabagismo*</b>				0.407
	GI	13(22)	12(20)	
	GC	9(15)	9(18)	

\* n (%)(teste qui-quadrado); <sup>†</sup>Média ± desvio padrão (teste-t Student); IPAQ- Questionário internacional de atividade física; Eptworth- escala de sonolência; DSRQ- Questionário de restrição de sódio;

## 6. DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a abordagem com entrevista motivacional realizada por enfermeiros foi eficaz em obter reduções significativas da pressão arterial sistólica e diastólica em pacientes com hipertensão arterial. Além disso, este estudo também mostrou que a entrevista motivacional é eficaz na promoção de comportamentos saudáveis e autocuidado nessa população. A magnitude da redução da pressão arterial observada está associada a reduções significativas no risco e na mortalidade cardiovascular (22).

É sabido que reduções nos níveis de pressão arterial reduzem o risco de desfechos cardiovasculares, incluindo acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e

insuficiência cardíaca (2), O estudo SPRINT (47), que incluiu 9.361 pacientes sem diabetes e com alto risco de eventos cardiovasculares, demonstrou reduções significativas de eventos cardiovasculares (25%) e mortalidade (27%) com tratamento da pressão sistólica com objetivo de <120 mmHg (tratamento intensivo) em comparação com um objetivo de <140 mmHg (tratamento padrão).

O fato de o desfecho principal não ter sido medido pela MAPA foi uma das limitações deste estudo. As medidas obtidas com a MAPA correlacionam-se melhor com os danos em órgãos vitais e complicações cardiovasculares do que outras formas convencionais de mensuração da pressão arterial; além disso, a MAPA permite o registro da pressão arterial durante toda a rotina diária do paciente, fornecendo uma estimativa confiável das flutuações reais da pressão arterial (25).

O presente estudo avaliou o autocuidado com a escala de autocuidado para hipertensão (38,40). Os resultados mostraram que a entrevista motivacional melhorou o autocuidado em todas as três dimensões da escala, tanto em pacientes que já tiveram escores adequados ou limítrofes (por exemplo, nas escalas de manutenção e confiança) quanto naqueles com baixos escores de linha de base (por exemplo, nas escala de manejo do autocuidado). Isso demonstra que a entrevista motivacional pode melhorar os comportamentos de autocuidado e de promoção da saúde, mesmo em pacientes cujas atitudes em relação à doença já são apropriadas.

A adesão à medicação, avaliada com a MAQ, não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. No entanto, a análise intragrupo revelou uma melhora estatisticamente significativa no GI, enquanto os pacientes no GC apresentaram um declínio significativo na adesão à medicação. Nossos resultados são semelhantes aos de Chunhua et al. (48), em que a abordagem de entrevista motivacional

baseada na prática clínica levaram à manutenção da adesão medicamentosa, enquanto os pacientes que receberam cuidados usuais isoladamente tiveram uma adesão decrescente ao longo do tempo.

Apesar de o presente estudo ter apresentado resultados tão importantes na redução da pressão arterial, melhora do autocuidado e na adesão medicamentosa, este não apresentou resultados estatisticamente significativos nos demais desfechos secundários como, por exemplo, peso, atividade física, consumo de dieta hipossódica, sono e tabagismo. Possivelmente, com uma amostra mais robusta de pacientes e calculada para a avaliação direta destes desfechos, poderíamos ter percebido reflexo positivo da abordagem de entrevista motivacional também nestas variáveis de interesse.

Estudos com uso da abordagem de entrevista motivacional no tratamento de doenças crônicas têm crescido nos últimos anos, demonstrando que esta metodologia pode ser utilizada por enfermeiros, nutricionistas, médicos e outros profissionais de saúde e é capaz de apresentar resultados positivos em diversos desfechos de saúde. Intervenções presenciais demonstram uma melhor relação provedor-paciente em comparação à intervenções por telefone, por criarem um ambiente empático que facilita a obtenção de melhores resultados (17).

No nosso estudo o tempo médio gasto em cada consulta foi de 30 minutos; portanto, essa técnica pode ser fornecida em breves sessões e cada tema de saúde pode ser discutido em uma ou mais sessões consecutivas. Durante as sessões, abordamos vários comportamentos relacionados à saúde como perda de peso, exercício físico, dieta saudável, uso regular de medicamentos, controle do estresse e outros fatores que desempenham um papel importante no tratamento da hipertensão, mas sempre de acordo com a vontade e ambivalência do paciente. No uso da técnica de entrevista motivacional,

treinamento e supervisão do uso adequado da técnica são essenciais para garantir a qualidade do método.

As limitações deste estudo incluem a amostra pequena de um único centro, o que dificultou a análise de algumas das variáveis de desfecho secundário. Recomendamos pesquisas futuras com recrutamento multicêntrico e amostra mais robusta.

## **7. REFERÊNCIAS**



1. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens*. 2014;16(1):14–26.
2. Malachias M, Souza W, Plavnik F. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):1–83.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903–1913.
4. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and agespecific associations in 1.25 million people. *Lancet*. 2014;383(9932):1899–911.
5. Leiva A, Aguiló A, Fajó-pascual M, Moreno L, Garcia EM, Duro RE, et al. Efficacy of a brief multifactorial adherence- based intervention in reducing blood pressure : a randomized clinical trial. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1683–90.
6. Whelton P, Carey R, Aronow W, Casey D, Collins K, Himmelfarb C, et al. 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Guideline for the Prevention , Detection , Evaluation , and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):127–248.
7. Fuchs D, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC, Picon R V. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil : A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One*. 2012;7(10):e48255.
8. Whelton P, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. *J Hum Hypertens*. 2004;18:545–51.
9. Heymann A, Gross R, Tabenkin H, Porter B, Parath A. Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. *IMAJ*. 2011;13:553–7.
10. Sacks F, Svetkey L, Vollmer W, Appel L, Bray G, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med*. 2001;344(1):3–10.
11. Okada H, Onda M, Shoji M, Sakane N, Nakagawa Y, Sozu T, et al. Effects of lifestyle advice provided by pharmacists on blood pressure: The COMMunity Pharmacists ASSist for Blood Pressure (COMPASS-BP) randomized trial. *Biosci Trends*. 2017;
12. Riegel G, Moreira LB, Fuchs SC, Gus M, Nunes G, Jr VC, et al. Long-Term Effectiveness of Non-Drug Recommendations to Treat Hypertension in a Clinical Setting. *Am J Hypertens*. 2012;25(11):1202–8.
13. Lin J, O'Connor E, Evans C, Senger C, Rowland M, Groom H. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in

- persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Rockv Agency Healthc Res Qual.* 2014;
14. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2012.
  15. Rollnick S, Miller W. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother.* 1995;23(4):325–34.
  16. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother.* 2009;37(2):129–40.
  17. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2013;93(2):157–68.
  18. Heckman CJ, Egleston BL HM. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control.* 2010;19(5):410–6.
  19. Armstrong M, Mottershead T, Ronksley P, Sigal R, Campbell T, Hemmelgarn B. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2012;12(9):709–23.
  20. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(513):305–12.
  21. Silveira L, Aliti G, Da Silva E, Pimentel R, Gus M, Rabelo-Silva E, et al. Effect of motivational interviewing in hypertensive patients (MidNIgHT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019;20(1):414.
  22. Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention , Detection , Evaluation , and Treatment. *JAMA.* 2003;289(19):2560–71.
  23. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data [Internet]. [cited 2019 Oct 27]. Available from: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/)
  24. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014;311:507–20.
  25. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology ESH / ESCT ask Force for the Management of Arterial Hypertension. *Blood Press.* 2018;27(06):314–40.
  26. SBC SB de C, SBH SB de H, SBN SB de N. V Brazilian guidelines for

- ambulatory monitoring of arterial pressure and III Brazilian guidelines for home monitoring of blood pressure. *J Bras Nefrol.* 2011;33(3):365–88.
27. Clement, DL, De Buyzere M, De Bacquer D, de Leeuw P, Duprez D, Fagard R, et al. Prognostic Value of Ambulatory Blood-Pressure Recordings in Patients with Treated Hypertension. *N Engl J Med.* 2003;348(24):2407–15.
  28. Trial T. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. *JAMA.* 2002;288(23):2981–97.
  29. SHEP CRG. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA.* 1991;265(24):3266–3264.
  30. Beckett N, Peters R, Fletcher A, Staessen J, Lui L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med.* 2008;358(18):1887–98.
  31. Trialist's collaboration BPLT. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2008;336:1121.
  32. Fuchs SC, Poli-de-Figueiredo CE, Figueiredo Neto JA, Scala LCN, Whelton PK, Mosele F, et al. Effectiveness of chlorthalidone plus amiloride for the prevention of hypertension: The PREVER-prevention randomized clinical trial. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(12):e004248.
  33. Fuchs FD, Scala LCN, Vilela-Martin JF, De Mello RB, Mosele F, Whelton PK, et al. Effectiveness of chlorthalidone/amiloride versus losartan in patients with stage I hypertension: Results from the PREVER-treatment randomized trial. *J Hypertens.* 2016;34(4):798–806.
  34. Ozemek C, Phillips S, Popovic D, Laddu-Patel D, Fancher I, Arena R, et al. Nonpharmacologic management of hypertension : a multidisciplinary approach. *Curr Opin Cardiol.* 2017;32(4):381–8.
  35. Samadian F, Dalili N, Jamalain A. Lifestyle Modifications to Prevent and Control Hypertension. *Iran J Kidney Dis.* 2016;10(5):237–63.
  36. Sokol M, McGuigan K, Verbrugge R, Epstein R. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care.* 2005;43:521–30.
  37. Go A, Bauman M, King S, Fonarow G, Lawrence W, Williams K, et al. An effective approach to high blood pressure control: a science advisory from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(12):1230–8.
  38. Silveira LCJ, Rabelo-silva ER, Beltrami L, Dickson VV, Riegel B. Cross-cultural Adaptation of the Self-care of Hypertension Inventory Into. *J Cardiovasc Nurs.* 2018;33(3):289–95.
  39. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Adv Nurs Sci.* 2012;35(3):194–204.

40. Dickson VV, Lee C, Yehle KS, Abel WM, Riegel B. Psychometric Testing of the Self-care of Hypertension Inventory. *J Cardiovasc Nurs.* 2017;32(5):431–8.
41. Andretta I, Meyer E, Kuhn RP, Rigon M. A Entrevista Motivacional no Brasil: Uma Revisão Sistemática. *Mudanças - Psicol da Saúde.* 2014;22(2):15–21.
42. Rodrigues M, Rabelo-Silva E, Fuchs F, Fuchs S, Moreira L. Validity and reliability of the dietary sodium restriction questionnaire in patients with hypertension. *Eur J Clin Nutr.* 2017;71(4):552–4.
43. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67–74.
44. Craig C, Marshall A, Sjöström M, Bauman A, Booth M, Ainsworth B, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sport Exerc.* 2003;35(8):1381–95.
45. Johns M. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991;14(6):540–5.
46. Correa V, Fuchs FD, Moreira LB, Gerhardt M, Fuchs SC, Sloczinski CR, et al. Blood pressure-lowering effect of simvastatin: A placebo-controlled randomized clinical trial with 24-h ambulatory blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens.* 2014;28(1):62–7.
47. SPRINT RG. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373(22):2103–16.
48. Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Educ Couns.* 2014;95:231–7.

## 8. CONCLUSÕES

Concluímos com este estudo que a abordagem de entrevista motivacional é efetiva na redução dos níveis pressóricos, na melhora de comportamentos de autocuidado e adesão medicamentosa de pacientes hipertensos quando comparado ao cuidado usual.

A variável adesão medicamentosa não apresentou diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos intervenção e controle. No entanto, na avaliação intragrupo o desfecho adesão medicamentosa demonstrou que o grupo que recebeu entrevista motivacional apresentou melhora significativa dos escores. Já as demais variáveis avaliadas não apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos.

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A entrevista motivacional é uma técnica efetiva no tratamento de pacientes hipertensos, podendo ser adotada isoladamente na prevenção da doença ou como terapia coadjuvante ao tratamento farmacológico na redução de níveis pressóricos para pacientes com hipertensão em todas as fases da doença.