

■ Artigo Original

Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico



Revista Gaúcha
de Enfermagem

Scale for supported care in primary care: a methodological study

Escala para el cuidado apoyado en la atención primaria: un estudio metodológico

Elis Martins Ulbrich^a
Maria de Fátima Mantovani^a
Ângela Taís Mattei^a
Felismina Rosa Parreira Mendes^b

Como citar este artigo:

Ulbrich EM, Mantovani MF, Mattei AT, Mendes FRP. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e63922. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>

RESUMO

Objetivo: Elaborar uma escala preditiva de determinantes para complicações em adultos com hipertensão e ações para o autocuidado apoiado na atenção primária.

Métodos: Pesquisa metodológica realizada no município de Curitiba-PR em 2013 e 2014, em duas etapas. A primeira foi feita mediante coleta de dados com 387 adultos com hipertensão, por meio de uma entrevista estruturada e escalas de ansiedade, depressão, qualidade de vida, adesão medicamentosa e apoio social. A segunda etapa foi a construção da escala a partir de variáveis estatisticamente significantes após a análise multivariada.

Resultados: A escala foi composta pelas variáveis: idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco na unidade de saúde, uso de medicamentos e depressão. Posteriormente, por meio de revisão da literatura, foram sugeridas ações para o autocuidado apoiado.

Conclusão: A escala permite a identificação de fatores que podem prever o desenvolvimento de complicações da hipertensão e fornece ações para o autocuidado apoiado.

Palavras-chave: Doença crônica. Saúde do adulto. Hipertensão. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To elaborate a predictive scale for determining complications in adults with hypertension and actions for care supported in the primary care.

Method: Methodological research carried out in the city of Curitiba-PR in 2013 and 2014, divided in two steps. The first one was made through data collection with 387 adults with hypertension, by means of a structured interview and anxiety scales, depression, life quality, medication adherence and social support. The second step was the construction of the scale from statistically significant variables after the multivariate analysis.

Results: The scale consisted of the variables: age, sex, smoking, time of diagnosis, classification of risk in the health unit, use of medications and depression. Later, through literature review, actions were suggested for supported self-care.

Conclusion: The scale enables identification of factors that may predict the development of complications of hypertension and provides actions for supported care.

Keywords: Chronic disease. Adult health. Hypertension. Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una escala predictiva de determinantes para complicaciones en adultos con hipertensión y acciones para autocuidado apoyado en atención primaria.

Método: Investigación metodológica realizada en el municipio de Curitiba-PR en 2013 y 2014, llevada a cabo en dos etapas. La primera a través de la recopilación de datos de 387 adultos con hipertensión, con una entrevista estructurada y escalas de ansiedad, depresión, calidad de vida, adherencia a la medicación y el apoyo social. La segunda etapa fue la construcción de la escala a partir de las variables estadísticamente significativas después del análisis multivariante.

Resultados: La escala fue compuesta por las variables edad, sexo, tabaquismo, hora del diagnóstico, clasificación de riesgo en la unidad de salud, uso de medicamentos y depresión. Posteriormente, a través de la revisión de la literatura, fueron sugeridas acciones para el autocuidado apoyado.

Conclusión: La escala permite la identificación de los factores que pueden predecir el desarrollo de las complicaciones de la hipertensión y se recomiendan acciones para el autocuidado apoyado.

Palabras clave: Enfermedad crónica. Salud del adulto. Hipertensión. Atención de enfermería.

^a Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

^b Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Évora, Portugal.

■ INTRODUÇÃO

A construção de instrumentos para o cuidado de pessoas com doenças crônicas é uma das tendências da enfermagem brasileira, tendo em vista as novas tecnologias de cuidar da doença crônica, e, principalmente, porque estas podem ser empregadas para auxiliar no autocuidado apoiado, o qual é uma estratégia que integra a perspectiva das linhas de cuidado e que pode prevenir complicações.

Assim, os profissionais devem investir na criação de tecnologias de cuidado para atender essa demanda, com vistas a desenvolver e fortalecer esse campo de conhecimento corroborando com o modelo de cuidado para doenças crônicas que pressupõe ações de autocuidado apoiado como: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento⁽¹⁾.

O autocuidado apoiado prevê o empoderamento das pessoas para que autogerenciem sua condição, por meio da avaliação do estado de saúde, pactuação de metas, elaboração de planos de cuidado individualizado e monitoramento contínuo, utilizando-se dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para fornecer esse apoio⁽¹⁾.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sabe-se que ela contribui para o incremento dos óbitos por doenças cardiovasculares, pois é um dos fatores de risco para as mesmas, e é frequentemente atendida na atenção primária, contudo, mesmo com todo esforço realizado para seu controle ainda é detectada, por seu caráter silencioso, quando as primeiras complicações aparecem⁽²⁾.

Os instrumentos para mensuração dos riscos existentes e utilizados permitem a predição dos riscos de complicações mediante algumas variáveis, mas não direcionam para o acompanhamento do cuidado na prevenção das complicações. Um destes, utilizado mundialmente é o *Framingham*, que estima o risco, em percentagem, da ocorrência de doença cardiovascular para um período de dez anos.

O uso da escala de *Framingham* permite ao profissional de saúde classificar os pacientes em três níveis de risco: baixo, médio e alto, porém não são propostas ações direcionadas de cuidado⁽³⁻⁴⁾. Outra forma para classificação de risco é a proposta do Ministério da Saúde que utiliza como base, a associação dos estágios de hipertensão, a presença de fatores de risco e comorbidades, categorizando os pacientes em quatro níveis: baixo, moderado, alto e muito alto⁽⁵⁾.

Os fatores envolvidos no aparecimento de complicações estão descritos na literatura⁽⁶⁾, mas o reconhecimento destes não implicam em ações concretas de prevenção das mesmas, assim, o grande desafio é traduzir os conhecimentos técnico-científicos em ações concretas na rede de saúde e no âmbito populacional, para que possam beneficiar o maior número possível de pessoas⁽⁷⁾.

Dessa forma, acredita-se que a identificação dos fatores de risco e proteção possibilita prever o aparecimento de

complicações da HAS e pode auxiliar na assistência de enfermagem e no acompanhamento da pessoa com hipertensão de acordo com as necessidades apresentadas pelos mesmos.

Diante do exposto, questiona-se que fatores são comuns em pessoas que tiveram complicações da HAS que podem ser previstos pelo enfermeiro? O objetivo foi elaborar uma escala preditiva de determinantes para complicações em adultos com hipertensão e ações para o autocuidado apoiado na atenção primária.

■ MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica realizada em duas etapas (Figura 1): a primeira teve uma abordagem quantitativa descritiva com corte transversal, mediante a participação de 387 pessoas com HAS, cadastradas em 18 unidades de saúde de um distrito sanitário do município de Curitiba, Paraná. A amostragem foi sistemática, estratificada com reposição, margem de erro de 0,05 e nível de significância de 95%.

Foram incluídas pessoas com diagnóstico de HAS; adultos com idade entre 18 e 60 anos; classificados como ativos no programa informatizado responsável pelo cadastramento e acompanhamento dos portadores de Diabetes e Hipertensão no Sistema Público de Saúde Brasileiro; e que atingissem a pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental, 13 pontos para sem escolaridade, 18 para baixa e média, e 26 para alta. Considerou-se de um a quatro anos incompletos como baixa escolaridade, de quatro a oito anos incompletos como média escolaridade e com mais de oito anos como alta escolaridade⁽⁸⁾.

A coleta de dados ocorreu no domicílio dos participantes, nos dias úteis, no período da tarde, de maio de 2013 a abril de 2014, mediante entrevista estruturada composta das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas autodeclaradas, complementadas pelas escalas de ansiedade e depressão, adesão medicamentosa, apoio social e de qualidade de vida.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Excel*[®] e analisados com o programa computacional IBM SPSS[®] *Statistics* v.20. Primeiramente foi realizada a análise univariada das variáveis quantitativas e qualitativas. Para avaliação da associação entre as variáveis qualitativas e a presença de complicação foram considerados os testes estatísticos exato de Fisher e Qui-quadrado; e para as variáveis quantitativas foram considerados os testes t de *Student* e *Mann-Whitney*. A correlação entre as variáveis quantitativas foi estimada pelo coeficiente de *Spearman*. Foram determinados pontos de corte para as variáveis idade, quantidade de medicamentos e domínios do questionário de qualidade de vida a partir do ajuste de curvas *Receiver Operating Characteristics* (ROC).

Após identificação das variáveis significativamente relacionadas com as complicações, verificou-se o efeito

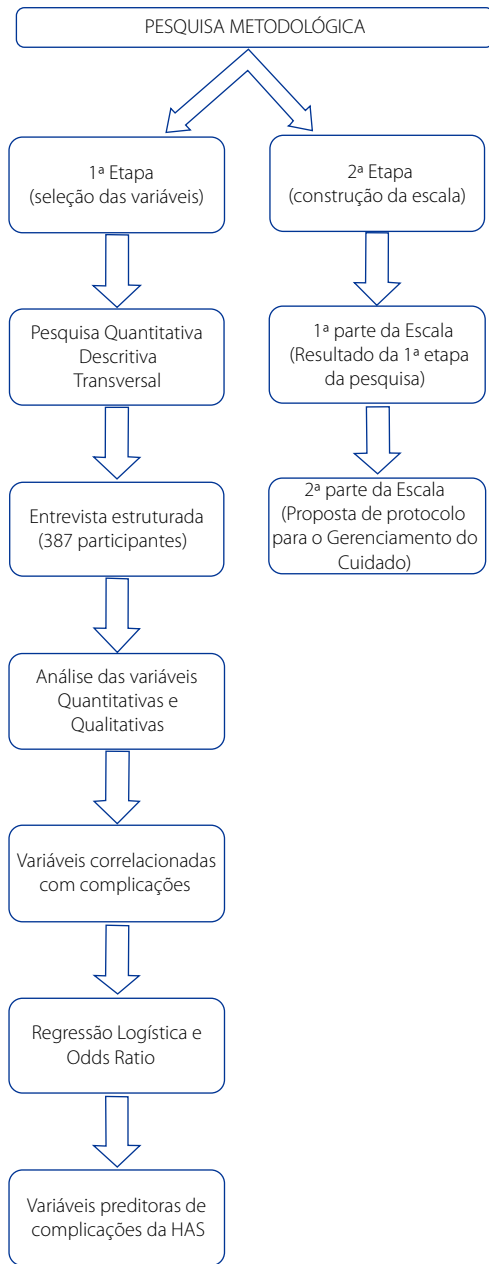


Figura 1- Representação esquemática das etapas da pesquisa. Curitiba, PR, Brasil, 2015

Fonte: Os autores.

conjunto destas com a probabilidade da presença de complicação, por meio do ajuste de um modelo de Regressão Logística (*Stepwise Backward* com probabilidade de 0,05 para entrada e 0,10 para saída de variáveis), incluindo-se como variáveis explicativas aquelas que apresentaram valor de $p < 0,05$ na análise univariada.

Na segunda etapa, construção da escala, seguiu-se os procedimentos teóricos, empíricos/experimentais e analíticos/estatísticos, baseados no referencial metodológico de

Pasquali⁽⁹⁾. Utilizou-se as variáveis do modelo multivariado, resultados da primeira parte da pesquisa, para a elaboração da escala a partir dos valores estimados de *Odds Ratio*, e a proporção da representatividade de cada variável foi calculada estabelecendo uma pontuação de 0 a 100.

Para determinar o critério de classificação de risco arbitraram-se que participantes com probabilidade estimada de complicação até 25% seriam de baixo risco; de 25% a 49,9% de risco moderado; de 50% a 74,9% risco alto e de 75% ou mais seriam de risco muito alto. Posteriormente, estabeleceu-se uma proposta de protocolo para o autocuidado apoiado em orientações nacionais, estaduais e municipais.

A pesquisa seguiu as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, parecer CEP/SD 220.068, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e para preservar o anonimato dos mesmos, os nomes foram substituídos pela inicial "E" seguido por algarismos em ordem crescente.

O artigo foi extraído da tese de doutorado intitulada "Fatores preditivos para complicações em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidados da enfermagem na atenção primária"⁽¹⁰⁾.

■ RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e econômico dos participantes caracterizou-se pelo predomínio de mulheres (76,2%), com média de 53 anos, com menos de oito anos de escolaridade (65,1%) e renda familiar de até 947,3 reais (57,3%).

Os fatores de risco relatados foram: obesidade (51,9%), estresse (58,7%), não prática de exercício físico (57,1%), tabagismo atual ou anterior (48,2%), tempo de diagnóstico da HAS (44,7%), uso de quatro medicações ou mais (45,2%), internação hospitalar (9,6), e complicações da HAS (19,4%), como infarto agudo do miocárdio (56,0%), acidente vascular cerebral (30,7%) e a doença renal crônica (5,3%). Nas escalas de ansiedade e depressão, observou-se que, 17,6% e 17,9% respectivamente possuíam níveis moderado e grave, e a distribuição foi semelhante nos dois instrumentos.

As variáveis selecionadas para compor o modelo multivariado (Tabela 1), foram: idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco, quantidade de medicamentos em uso e depressão.

A figura 2 apresenta a proposta de escala de predição para complicações da hipertensão com as ações para o autocuidado apoiado na atenção primária.

Tabela 1 - Modelo multivariado de variáveis com significância estatística

Variáveis	Classificação	Com complicação	Valor de p*(univariado)	Valor de p**(multivariado)	Odds Ratio (IC95%)
Idade (anos)	Até 55	14,3%	0,007	0,033	1,90 (1,05 - 3,42)
	Mais de 55	25,4%			
Gênero	Feminino	16,6%	0,016	0,022	2,14 (1,12 - 4,10)
	Masculino	28,3%			
Tabagismo	Não	13,0%	0,001	0,016	2,09 (1,14 - 3,83)
	Sim/ex	26,3%			
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	12,1%	<0,001	0,005	2,35 (1,29 - 4,28)
	Mais de 10	28,3%			
Classificação de risco US	Baixo	7,1%	<0,001	0,002	3,18 (1,53 - 6,63)
	Médio/alto/muito alto	27,7%			
Número de medicamentos em uso	Até 4	10,7%	<0,001	<0,001	3,97 (2,20 - 7,16)
	Mais de 4	40,0%			
Depressão	Sem/não grave	17,6%	0,005	0,058	2,51 (0,97 - 6,49)
	Grave	41,4%			

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Teste exato de Fisher, p<0,05

**Modelo de Regressão Logística e teste de Wald, p<0,05

Variáveis predictoras	Classificação	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Feminino	0
	Masculino	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco unidade de saúde*	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
Número de medicamentos em uso**	Até 4	0
	Mais de 4	22
Depressão ***	Sem/não grave	0
	Grave	14
Pontos na escala	Probabilidade de ter complicação	Risco de complicação
Até 50	Menor do que 25%	Baixo
51 a 67	25% a 49,9%	Moderado
68 a 82	50% a 74,9%	Alto
Mais de 82	75% ou mais	Muito alto

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

Figura 2 - Escala de fatores preditivos para complicações da hipertensão arterial sistêmica e ações para o autocuidado apoiado. Curitiba, PR, Brasil, 2015

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: *Quando não tiver classificação de risco na unidade de saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham; **Todos os medicamentos utilizados; ***Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico com tratamento medicamentoso; +As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente.

■ DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e econômicas dessa pesquisa são semelhantes com os perfis encontrados em estudos nacionais e internacionais sobre a temática doença crônica⁽¹¹⁾, bem como a faixa etária para o risco de complicações⁽¹²⁾, prevalência de fatores de risco autodeclarados⁽⁷⁾ e o número de hospitalizações⁽¹³⁾.

A depressão e a ansiedade são comumente associadas às doenças crônicas, e neste caso podem afetar negativamente o foco cognitivo, energia e motivação, assim como a vontade e competência de seguir o tratamento⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Ao comparar indivíduos com sintomas leves de depressão e ansiedade⁽¹⁴⁾ observa-se propensão para tabagismo, distúrbios físicos, sexuais e do sono, ainda assim estes participantes consideram-se com saúde regular.

O risco de desenvolver complicações cardiovasculares devido ao não controle dos níveis pressóricos, na literatura está intimamente ligado aos fatores de risco como

obesidade, tabagismo, sedentarismo, circunferência abdominal, antecedentes familiares e idade elevada⁽⁵⁾. Contudo, nesta pesquisa nem todos estes tiveram associação estatística significativa com o desenvolvimento de complicações. Teve destaque a idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco, medicamentos em uso e depressão.

As variáveis inseridas nesta escala de predição corroboram com achados na literatura sobre o risco de complicação da HAS ser no sexo masculino, com idade acima de 55 anos, tabagista, com maior tempo de diagnóstico, elevado número de medicamentos em uso e agravados no caso de depressão^(11,14-15).

No tratamento não medicamentoso para a HAS faz-se necessário à adoção de um estilo de vida saudável, com alimentação adequada, consumo controlado de sal e álcool, deter o sedentarismo e o tabagismo, sendo que estas ações contribuem para prevenir o aparecimento da HAS e suas complicações⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado com objetivo de investigar o efeito do tabagismo na pressão arterial e desenvolvimento da hipertensão, observou que 36% dos participantes eram fumantes, 9% ex-fumantes e 55% nunca fumaram⁽¹⁷⁾, população similar ao desta pesquisa em que 48,2% fumam ou já fumaram alguma vez na vida.

As ações para o autocuidado apoiado propostas consistem em consultas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, visitas domiciliares, pactuação de metas, atividades educativas em saúde e reclassificação anual. Estas foram baseadas nas orientações nacionais, estaduais, municipais^(7,16-19) e tem como enfoque a cooperação entre a equipe de saúde e usuários do sistema de saúde, para em conjunto estabelecerem prioridades, elaborarem planos de cuidados condizentes com a realidade de cada um e monitorar os resultados⁽¹⁾.

Portanto, enfatiza-se a participação da pessoa com HAS juntamente com os profissionais de saúde no processo de criar metas e estratégias atingíveis com vistas ao autocuidado apoiado. Ressalta-se que para atender o protocolo proposto faz-se necessário o diálogo entre profissionais, pacientes, familiares e os serviços de saúde, com vistas a continuidade do cuidado, por meio da elaboração de um plano de cuidado individualizado que auxilie o paciente a ser pró-ativo nas decisões sobre sua saúde e que o possibilite utilizar os serviços existentes na rede.

■ CONCLUSÕES

Elaborou-se uma escala com variáveis que podem ser capazes de prever complicações da hipertensão arterial e para estas foram atribuídas pontuações que quando somadas permitem definir em qual nível de risco o paciente se encontra e por meio desta classificação sugere ações para o autocuidado apoiado.

Acredita-se que a escala desenvolvida nesta pesquisa pode contribuir com o Sistema Único de Saúde por sua relevância na identificação do risco para complicações da HAS e por corroborar com a proposta do autocuidado apoiado, ao estimular o acompanhamento do cuidado, com vistas a priorizar as necessidades de cada paciente, por meio da pactuação de metas e a monitorização contínua para avaliação dos resultados.

As limitações consideradas nesta pesquisa foram: o fato das variáveis serem autodeclaradas e a concepção da escala ser restrita a população adulta hipertensa da atenção primária de saúde, além disso, o delineamento do estudo transversal, o qual não possibilita a relação entre causa e efeito.

■ REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2015 jun 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
2. 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 (JNC8). *JAMA*. 2014 [cited 2015 May 20];311(5):507-20. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>.
3. Elbaz A, Shipley MJ, Nabi H, Brunner EJ, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Trajectories of the Framingham general cardiovascular risk profile in midlife and poor motor function later in life: the Whitehall II study. *Int J Cardiol*. 2014 [cited 2015 May 20];172(1):96-102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991855/>.
4. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008 [cited 2015 May 22];117(6):743-53. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/117/6/743.long>.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010 [citado 2015 dez 14];95(1 Supl. 1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.
6. Santos JC, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 [citado 2016 abr 03];46(5):1125-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500013&lng=en.
7. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994 [citado 2012 set 25];52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>.
9. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.
10. Ulbrich EM. Fatores preditivos para complicações em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidados da enfermagem na atenção primária [tese]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná, Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
11. Selem SSC, Castro MA, César CLG, Marchioni DML, Fisberg RM. Validade da hipertensão auto referida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. *Arq Bras Cardiol*. 2013 [citado 2015 nov 15];100(1):52-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000100009.
12. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Rev Port Hipert Risco Cardiovasc*. 2014;39(supl.):1-92.
13. Barreto MS, Marcon SS. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2013 [citado 2014 nov 19];26(4):313-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a03.pdf>.

14. Stasiak CES, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AFM, Baroni G.. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *J Bras Nefrol.* 2014 [citado 2015 set 15];36(3):325-31. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1682.
15. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, Spana TM, Gallani MCBJ, Nadruz W Jr. Psychometric performance of the Brazilian version of the Mini-cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL). *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011 [citado 2015 dez 15];19(4):855-64. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_02.pdf.
16. Bautista LE, Vera-Cala LM, Colombo C, Smith P. Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *J Hypertens.* 2012;25(4):505-11.
17. Gumus A, Kayhan S, Cinarka H, Sahin U. The effect of cigarette smoking on blood pressure and hypertension. *ABC Med.* 2013;1(1):8-15.
18. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (BR). Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica. Curitiba; 2004.
19. Organização Pan Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília (DF): Organização Pan Americana da Saúde; 2010.

■ **Autor correspondente:**

Ângela Taís Mattei

E-mail: angela-mattei@hotmail.com

Recebido: 11.04.2016

Aprovado: 08.05.2017