

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



*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<sup>a</sup>  
 Maria de Fátima Mantovani<sup>a</sup>  
 Ângela Taís Mattei<sup>a</sup>  
 Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>b</sup>

### 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.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>b</sup> 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<sup>(1)</sup>.

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<sup>(1)</sup>.

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<sup>(2)</sup>.

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<sup>(3-4)</sup>. 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<sup>(5)</sup>.

Os fatores envolvidos no aparecimento de complicações estão descritos na literatura<sup>(6)</sup>, 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<sup>(7)</sup>.

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

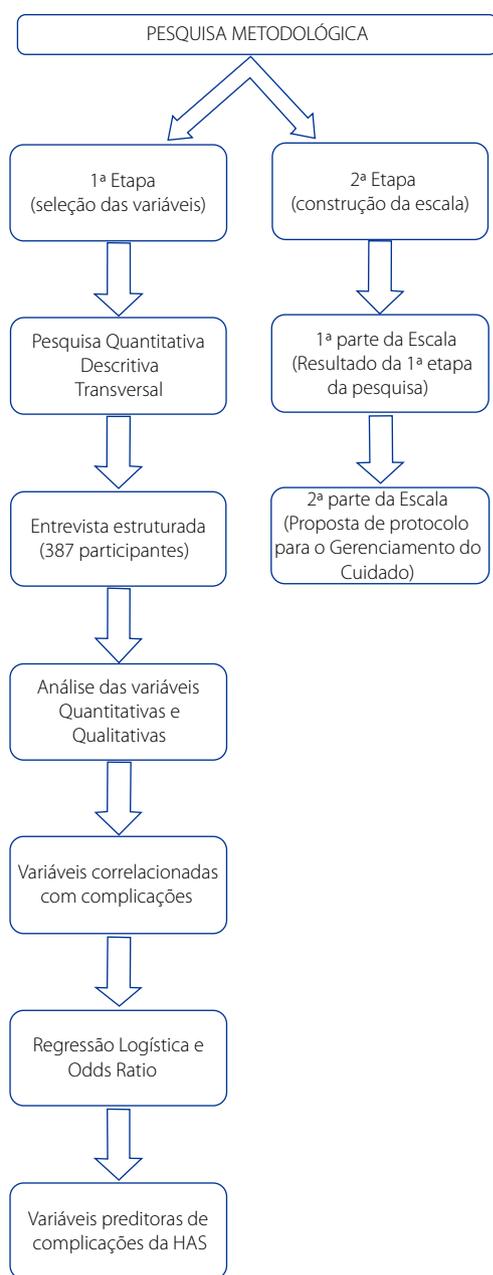
Trata-se de uma pesquisa metodológica realizada em duas etapas (Figura 1): a primeira teve uma abordagem quantitativa descritiva com corte transversal, mediante a participação de 387 pessoas com HAS, cadastradas em 18 unidades de saúde de um distrito sanitário do município de Curitiba, Paraná. A amostragem 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<sup>(8)</sup>.

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*<sup>®</sup> e analisados com o programa computacional IBM SPSS<sup>®</sup> *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<sup>(9)</sup>. 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 embasado 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"<sup>(10)</sup>.

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

**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<sup>(11)</sup>, bem como a faixa etária para o risco de complicações<sup>(12)</sup>, prevalência de fatores de risco autodeclarados<sup>(7)</sup> e o número de hospitalizações<sup>(13)</sup>.

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<sup>(14-15)</sup>. Ao comparar indivíduos com sintomas leves de depressão e ansiedade<sup>(14)</sup> 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<sup>(5)</sup>. 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<sup>(11,14-15)</sup>.

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<sup>(16)</sup>.

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<sup>(17)</sup>, 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<sup>(7,16-19)</sup> 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<sup>(1)</sup>.

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](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](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](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](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](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](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](mailto:angela-mattei@hotmail.com)

Recebido: 11.04.2016

Aprovado: 08.05.2017