

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIS MARTINS ULBRICH

**FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES EM PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE
CUIDADOS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**CURITIBA
2015**

ELIS MARTINS ULBRICH

**FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES EM PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE
CUIDADOS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Mantovani

**CURITIBA
2015**

Ulbrich, Elis Martins
Fatores preditivos para complicações em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidados da enfermagem na atenção primária / Elis Martins Ulbrich – Curitiba, 2015.
171 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Doença crônica. 2. Saúde do adulto. 3. Hipertensão. 4. Predição. 5. Cuidados de enfermagem. 6. Prática profissional. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.132

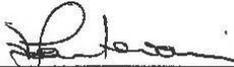
TERMO DE APROVAÇÃO

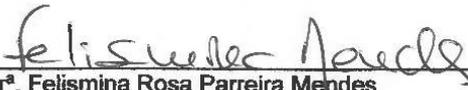
ELIS MARTINS ULBRICH

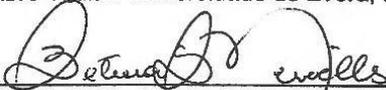
**FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES EM PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AÇÕES PARA O GERENCIAMENTO
DE CUIDADOS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

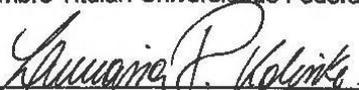
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a):


Profª. Drª. Maria de Fátima Mantovani
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná, UFPR


Profª. Drª. Felismina Rosa Parreira Mendes
Membro Titular: Universidade de Évora, Portugal


Profª. Drª. Betina Hömer Schlindwein Meirelles
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC


Profª. Drª. Luciana Puchalski Kalinke
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná, UFPR


Profª. Drª. Liliانا Muller Larocca
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná, UFPR

Curitiba, 24 de fevereiro de 2015.

Aos meus pais **José** e **Suzane** por serem meu porto seguro dedico com todo carinho esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela vida, discernimento, amor incondicional e força nos momentos mais difíceis, pois sei que Ele colocou as pessoas certas para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais **José** e **Suzane** pelo amor, exemplo de vida, sabedoria, paciência, compreensão e principalmente por acreditarem em mim.

Aos **familiares, Ulbrich** e **Martins**, que perto ou longe sempre apoiaram com palavras e pensamentos positivos.

Ao meu namorado e companheiro **Nilton Júnior** pela amizade, parceria e incentivo durante essa jornada.

A minha professora orientadora e amiga **Dr^a Maria de Fátima Mantovani** pelos anos de paciência e ensinamento, agradeço especialmente a você pela profissional que me tornei.

Aos membros do **Grupo Multiprofissional de Estudos em Saúde do Adulto – GEMSA** pela convivência e troca de conhecimentos em todos estes anos. Em especial as bolsistas de Iniciação Científica, Taísa, Camila, Karin, Evelyn e Jennyfer pelo apoio na coleta de dados.

As amigas **Ângela Taís Mattei** e **Juliana Perez Arthur** por fazerem parte desta trajetória, me incentivarem e apoiarem psicologicamente e tecnicamente.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – **PPGENF/UFPR**, por participarem da construção do meu conhecimento.

A secretária do PPGENF/UFPR **Alcioni**, pela disponibilidade e atenção proporcionada.

Aos **colegas de doutorado** pelo compartilhar de conhecimentos, angústias e expectativas. Em especial as amigas **Márcia Seima, Ana Paula Hermann, Maria Lúcia Raimondo**, e **Alexandra Madureira**, pelas conversas e palavras de incentivo.

Aos professores que compuseram a **banca de qualificação e defesa do doutorado**, pelas imprescindíveis contribuições para o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – **REUNI**, pela bolsa concedida que financiou meus estudos neste curso de doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **CNPq**, pela concessão da bolsa de doutorado sanduíche.

A **Universidade de Évora** por me receber e proporcionar uma experiência diferenciada. Em especial a professora **Dr^a Felismina Rosa Parreira Mendes** que incentivou e contribuiu significativamente na minha estada em Portugal.

Ao Laboratório de Estatística Aplicada – **LEA/UFPR** pela contribuição estatística.

A todos os trabalhadores das **Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Boa Vista** e pacientes que colaboraram para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

E a todos que direta ou indiretamente acreditaram e incentivaram a minha conquista, afinal: "tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado" (Roberto Shinyashiki).

Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las... Que tristes os caminhos, se não fora a presença distante das estrelas!

Mário Quintana

Há duas formas para viver a vida: uma é acreditar que não existe milagre. A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre

Fernando Pessoa

RESUMO

ULBRICH, Elis Martins. **Fatores preditivos para complicações em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidados da enfermagem na atenção primária.** 2015. 171 f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis possuem alta prevalência no Brasil, e entre elas a hipertensão arterial sistêmica, por se constituir um dos fatores de risco para as complicações cardiovasculares, principalmente quando a adesão ao tratamento é comprometida, ocasionando consequências precoces para a vida do doente crônico. Assim, reconhecer os determinantes das complicações podem fornecer subsídios ao enfermeiro e toda equipe multiprofissional para contribuir com o cuidado do paciente e na autogestão da doença. **Objetivo:** Elaborar escala preditiva de determinantes para complicações em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidado em enfermagem. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica quantitativa, realizada em 18 unidades de saúde públicas na cidade de Curitiba, Paraná, com 387 hipertensos, na faixa etária entre 18 a 59 anos, obtidos por amostragem estratificada e sistemática. Os dados foram coletados entre maio de 2013 e abril de 2014 no domicílio dos participantes, mediante entrevista semiestruturada com dados clínicos e sociodemográficos e cinco escalas: ansiedade, depressão, qualidade de vida, adesão medicamentosa e apoio social. A análise ocorreu com base na estatística inferencial através do Software SPSS versão 20. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e da Prefeitura Municipal de Curitiba. **Resultados:** Verificou-se predomínio de mulheres, com idade entre 23 e 60 anos, católicas, casadas, com até três filhos, com menos de oito anos de escolaridade, e renda familiar de até três salários mínimos. As variáveis idade, sexo, tabagismo, etilismo, possuir hipertensão e diabetes, tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicamentos em uso, internamentos no ano anterior ao da entrevista, tempo de atividades diárias, qualidade de vida (nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, sociais, emocionais e saúde mental), a recordação para a não adesão medicamentosa e a depressão foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Mediante análise multivariada e cálculo do *odds ratio*, elaborou-se uma escala dividida em duas partes, a primeira com as variáveis preditoras, a saber: idade acima de 55 anos, sexo masculino, tabagista, com mais de 10 anos de diagnóstico, classificação de risco na unidade de saúde diferente de baixo, com mais de quatro medicamentos em uso e depressão; e a segunda, uma proposta de protocolo para o gerenciamento do cuidado. Conforme a pontuação atingida na escala os pacientes são classificados em baixo, moderado, alto e muito alto risco de desenvolver complicações. Assim foram propostas ações para o gerenciamento de cuidados, que consta de consultas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, visitas domiciliares, pactuação de metas, atividades educativas em saúde e reclassificação anual. **Conclusões:** Ao identificar o risco de desenvolver complicações advindas da hipertensão arterial, o enfermeiro e demais

profissionais de saúde podem direcionar o cuidado para as necessidades do paciente, estabelecer vínculo e incentivar a autogestão. A escala é de fácil aplicação, baixo custo e sua utilização na população adulta hipertensa poderá minimizar e/ou postergar as complicações da doença.

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

ABSTRACT

ULBRICH, Elis Martins. **Predictive factors for complications in people with systemic hypertension and actions for the management of nursing care in primary care.** 2015. 171 f. Thesis [Ph.D. in Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba.

Advisor: Prof. Maria de Fátima Mantovani, PhD.

Line of Research: Health and Nursing Caring Process

Introduction: The non-transmissible chronic diseases have high prevalence in Brazil and among them the systemic arterial hypertension, for consist in one of the risk factors for the cardiovascular complications, mostly when the adherence to treatment compromised, bringing premature consequences for the life of the chronically ill. Therefore, recognize the determinants of the complications can provide aid to the nurse and all multi professional staff for contribute of the care of the patient in the self-management of the illness. **Objectives:** Elaborate a predictive scale of the determinants to the complications of the Systemic Arterial Hypertension and actions for nursing care management. **Method:** It is a methodological quantitative research, made in 18 public health facilities on the city of Curitiba, Paraná, with 387 hypertensive, on ages from 18 to 59 years old, and obtained by stratified and systematic sampling. The data was collected between May of 2013, April of 2014 on the patients domiciles of the participants, by the mean of a semi-structured interview with clinical and sociodemographic data: anxiety, depression, quality of life, adherence to medicine and social support. The analysis of those occurred based on the inferential statistic through the SPSS Software, version 20. The research was approved by the Committee of Ethic on Research of the Universidade Federal do Paraná and of the Prefeitura Municipal de Curitiba. **Results:** A predominance of women was verified, with ages between 23 and 60 years old, catholic, married, with up to three sons, with less than eight years of education, and a family income until three minimal wages. The variants, age, sex, smoking, alcoholism, suffering from hypertension and diabetes, diagnosis time, rating of risk, number of drugs in use, interment on the year before to the interview, time of daily activities, quality of life (on the domains of physical, socials, emotional and mental health capacities), the recollection to the non-adhesion to the prescribed drugs and the depression were statistically significant ($p < 0.05$). Through multivariate analysis and calculation of the odds ratio, developed a scale divided on two parts, the first with the predicting variables, to be known as: age over 55 years old, male, smoker, with more than 10 years of diagnosis, rating of risk on the health facility other than low, with more than four drug prescribed in use and depression. In addition, the second a protocol proposing the management of care. According to the score reached on the scale the patients are classified on low, moderated, high and very high risk of developing complications and thought those, actions are proposed to management of care, accounted as medical consultations, nurses and further health professionals, domicile visits, pact of goals, educating activities on health and annual reclassification. **Conclusions:** As identifying the risk of developing complications from Arterial hypertension, the nurse and other health professionals may direct the care to the needs of the patient, stablish a bound and encourage the self-management. The scale is

easily applied, of low cost and it's utilization on the hypertensive adult populace may minimize and or delay the complications of the illness.

Keywords: Chronic disease. Adult health. Hypertension. Prediction. Nursing care. Professional practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INDIVIDUAL PARA PESSOAS COM HAS.....	48
QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE HIPERTENSOS ATIVOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E TRIMESTRE, PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA NO DSBV.....	49
QUADRO 2 - PROPORÇÃO DE PACIENTES POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS US DO DSBV PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	49
QUADRO 3 - NÚMERO DE PARTICIPANTES NA AMOSTRA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E UNIDADE DE SAÚDE NO DSBV	50
QUADRO 4 - NÚMERO DE PARTICIPANTES NA AMOSTRA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO DSBV	51
FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE A PROBABILIDADE DE COMPLICAÇÃO ESTIMADA PELO MODELO E O NÚMERO DE PONTOS DA ESCALA CONSTRUÍDA	116
QUADRO 5 - ESCALA DE FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES DA HAS E AÇÕES PARA GERENCIAMENTO DE CUIDADO	121

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL: RISCO ADICIONAL ATRIBUÍDO À CLASSIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM FATORES DE RISCO, LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS	36
TABELA 2 - CLASSIFICAÇÃO DOS VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	58
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS HIPERTENSOS	64
TABELA 4 - DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS HIPERTENSOS	67
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO FATORES DE RISCO	68
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO ANTECEDENTES FAMILIARES	74
TABELA 7 - ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DOS HIPERTENSOS	76
TABELA 8 - COMPLICAÇÕES RELATADAS PELOS PACIENTES DECORRENTES DA HAS	81
TABELA 9 - ATIVIDADES REALIZADAS NA US E INTERAÇÕES SOCIAIS DOS HIPERTENSOS	83
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS CONFORME HÁBITOS ALIMENTARES	85
TABELA 11 - MÉDIA SEMANAL DO CONSUMO DE ALIMENTOS RELATADA PELOS HIPERTENSOS	88
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS NO LAZER, TRABALHO, DESLOCAMENTO, E NO DOMICILIO RELATADAS PELOS HIPERTENSOS.....	90
TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	91
TABELA 14 - QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA PELOS HIPERTENSOS DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS DO SF 36.....	93
TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO OS DOMÍNIOS DA ESCALA DE APOIO SOCIAL	95
TABELA 16 - ADESÃO MEDICAMENTOSA REFERIDA PELOS HIPERTENSOS DE ACORDO COM BMQ.....	97

TABELA 17 - ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES PARA HAS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	100
TABELA 18 - ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES E FATORES DE RISCO PARA HAS	102
TABELA 19 - ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES E ASPECTOS CLÍNICOS E ANTECEDENTES FAMILIARES DOS HIPERTENSOS	104
TABELA 20 - HÁBITOS ALIMENTARES ASSOCIADOS COM COMPLICAÇÕES PARA HAS	106
TABELA 21 - ASSOCIADOS DAS COMPLICAÇÕES DA HAS COM A QUALIDADE DE VIDA, ADESÃO MEDICAMENTOSA E DEPRESSÃO	107
TABELA 22 - APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO PRIMEIRO MODELO MULTIVARIADO DE VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA	109
TABELA 23 - APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO SEGUNDO MODELO MULTIVARIADO DE VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA	110
TABELA 24 - CLASSIFICAÇÃO E PONTUAÇÃO DOS DETERMINANTES PARA COMPLICAÇÕES DA HAS.....	111
TABELA 25 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO MASCULINO ATÉ 55 ANOS	112
TABELA 26 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO FEMININO ATÉ 55 ANOS	113
TABELA 27 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO MASCULINO MAIOR DE 55 ANOS.....	114
TABELA 28 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO FEMININO MAIOR DE 55 ANOS	115
TABELA 29 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO RISCO DE COMPLICAÇÃO DA HAS	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GEMSA – Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

CCM – Modelo de Atenção Crônica

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MPR – Modelo da Pirâmide de Risco

CICC – Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CINDI – *Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program*

CARMEN – *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmissibles*

mmHg – milímetros de mercúrio

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos

mm/dl – milímetros por decilitro

TMG – Teste de *Morisky-Green*

BMQ – *Brief Medication Questionnaire*

HADS – *Hospital Anxiety and Depression rating Scale*

ISSL – Inventário de Sintomas de *Stress* de *Lipp*

PGWD – *Psychological General Well-being index*

QV – Qualidade de Vida

SF36 – *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*

CDC HRQOL – *Health-Related Quality of Life*

WHOLQOL-Bref – *World Health Organization Quality of Life*

MINICHAL – *Mini-Cuestionario de Qualidade Calidad de Vida em Hipertensión Arterial*

DS – Distritos Sanitários

US – Unidades de Saúde

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

DSBV – Distrito Sanitário do Boa Vista

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CA – Circunferência abdominal

cm - centímetros

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg/m² - Quilogramas por metro quadrado

ml – mililitro

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

AVC – Acidente Vascular Cerebral

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

BDI – Inventário de Depressão de Beck

BAI – Inventário de Ansiedade de Beck

OR – *Odds Ratio*

TCLE – Termo Consentimento Livre Esclarecido

DP – desvio padrão

ESH – *European Society of Hypertension*

ESC – *European Society of Cardiology*

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ESF – Estratégia de Saúde da Família

g – gramas

HDL – *High Density Lypoproteins*

LDL – *Low Density Lipoproteins*

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

WHO – *World Health Organization*

DASH – *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

ROC – *Receiver Operating Characteristics*

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DRC – Doença Renal Crônica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVO GERAL	26
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA RELAÇÃO COM OS FATORES DE RISCO	27
3.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	33
3.1.2 Adesão ao Tratamento da HAS	37
3.1.3 Ansiedade e Depressão.....	39
3.1.4 Qualidade de Vida	41
3.1.5 Apoio Social.....	42
4 METODOLOGIA	46
4.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO	46
4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	47
4.3 POPULAÇÃO DE BASE DO ESTUDO E PLANO AMOSTRAL	48
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	52
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	52
4.5.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	52
4.6 COLETA DE DADOS	53
4.6.1 Procedimentos para Coleta de Dados.....	53
4.6.2 Roteiro de entrevista semiestruturada.....	54
4.6.2.1 Variáveis utilizadas.....	55
4.6.3 Escala de apoio social	58
4.6.4 Inventário de depressão de Beck (BDI).....	58
4.6.5 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)	59
4.6.6 Questionário de qualidade de vida SF36.....	59
4.6.7 Brief Medication Questionnaire (BMQ)	60
4.7 LIMITAÇÕES DA COLETA DE DADOS.....	61
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	63
5.1 PROPOSTA DE ESCALA DE PREDIÇÃO DE COMPLICAÇÃO DA HAS E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DO CUIDADO.....	116
6 CONCLUSÕES	124
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	149
ANEXOS	157

APRESENTAÇÃO

A realização do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná proporcionou uma atenção especial ao cuidado à saúde de pessoas com doenças crônicas por meio da integração no Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da mesma universidade. Como bolsista voluntária de iniciação científica no grupo de pesquisa, foi possível o aprofundamento crescente na temática doença crônica, especialmente em hipertensão arterial sistêmica.

A participação no projeto de pesquisa “O perfil e a representação das complicações da hipertensão arterial dos usuários inscritos no programa de hipertensão em uma unidade de saúde” possibilitou identificar além do perfil o déficit no conhecimento dos participantes, pois estes possuem crenças em relação à doença associadas a um conceito parcial sobre alguns de seus aspectos. Desta forma, identificou-se a necessidade dos doentes em ancorar a experiência da hipertensão nas situações cotidianas, e na dificuldade do controle dos níveis pressóricos (MANTOVANI *et al.*, 2008a).

Contudo, evidenciou-se o conhecimento das complicações da hipertensão, principalmente o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Todavia, este fato não implicou em maior adesão à terapêutica, pois os doentes não reconheciam a cronicidade da enfermidade e o tratamento contínuo (MANTOVANI *et al.*, 2008b).

Diante destes resultados elaborou-se um projeto “A Educação em saúde e a qualidade de vida aos portadores de doença crônica”, tendo a educação em saúde como subsídio para melhoria da percepção da qualidade de vida, promoção da saúde e diminuição das complicações da doença crônica. Neste enfatizou-se que a mudança dos hábitos de vida, os aspectos fisiopatológicos da doença e suas complicações, a adesão ao tratamento e a aceitação da cronicidade permanecem como aspectos a serem abordados em ações educativas pelos profissionais de saúde (MANTOVANI *et al.*, 2011).

Entretanto, nesta população do segundo projeto, observou-se que apesar dos participantes com doença crônica não saberem definir suas patologias, estes conheciam o significado da doença, o seu tratamento, os fatores de risco e as

possíveis complicações, mas notou-se uma lacuna entre ter estes conhecimentos e assumir o tratamento (ULBRICH *et al.*, 2012).

Diante dessas constatações ao adentrar no curso de mestrado acadêmico na mesma instituição, os estudos continuaram centrados na temática da doença crônica, com enfoque na hipertensão arterial, no intuito de conhecer as dificuldades dos usuários em aderir ao tratamento de uma enfermidade crônica.

O trabalho realizado durante o mestrado fazia parte de um projeto de pesquisa e extensão intitulado “Sistematização da Assistência a Portadores de Hipertensão Arterial”, desenvolvido desde 2006 na região metropolitana do município de Curitiba, Paraná. Nos cinco anos de duração deste projeto foram desenvolvidas atividades educativas com o uso de diversas estratégias como a elaboração de jogos educativos, dramatizações, palestras, vídeos, entre outros, que permitiram a compreensão dos usuários sobre as doenças crônicas e suscitaram a interação dialógica entre os envolvidos promovendo a troca de saberes acerca da patologia e de outros assuntos que os usuários desejavam discutir (ULBRICH, 2010).

Como o projeto de dissertação foi o encerramento das atividades realizadas naquela comunidade, objetivou-se descrever as atividades de cuidado pessoal de doentes crônicos desenvolvidas antes e após atuação educativa do enfermeiro. A mudança de hábitos de vida e o tratamento farmacológico foram os cuidados mais mencionados, e os participantes demonstraram certa independência para realizarem o cuidado pessoal, pois adequavam as orientações dadas pelos profissionais de saúde aos seus conhecimentos e afirmaram necessitar de determinação para a realização do cuidado pessoal (ULBRICH; MANTOVANI, 2014).

Paralelamente ao projeto de dissertação, outro estudo foi desenvolvido na mesma comunidade com o objetivo de descrever o efeito do acompanhamento domiciliar de enfermagem no conhecimento, internação hospitalar e níveis pressóricos de pacientes portadores de hipertensão arterial com tratamento comprometido. No qual, observou-se uma melhora no conhecimento acerca da doença, redução na taxa de internação hospitalar decorrente de crise hipertensiva e aumento na proporção de indivíduos com pressão arterial controlada, possibilitando concluir que o acompanhamento domiciliar foi eficaz no controle pressórico (GAIO *et al.*, 2013).

Em 2011 iniciou-se um novo projeto “Impactos da atuação do enfermeiro na doença crônica”, que visou elaborar protocolos para alta hospitalar de pacientes hipertensos e diabéticos, e a utilização destes no gerenciamento das doenças. Os

protocolos foram utilizados como uma estratégia de educação em saúde para auxiliar e proporcionar avaliação e acompanhamento por pacientes e profissionais. Percebeu-se que estes viabilizam o cuidado em saúde e o monitoramento compartilhado, sendo possível visualizar o progresso obtido e as dificuldades encontradas, assim como incentivar a busca por novas maneiras de alcançar os objetivos propostos na parceria (MATTEI *et al.*,2014).

Diante desta trajetória, percebeu-se o déficit de conhecimento sobre as patologias crônicas, as dificuldades na adesão ao tratamento, a importância do acompanhamento profissional em domicílio, e a viabilidade do cuidado em saúde e monitoramento compartilhado com o auxílio dos protocolos no gerenciamento da doença, com o intento de se ir além destes problemas identificados e possibilitar uma forma de evitar ou postergar o desenvolvimento de complicações.

Desta forma, ao iniciar o curso de doutorado e refletindo sobre os resultados de todos os trabalhos realizados até o momento, questionou-se se existem fatores que poderiam prever o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, e com estes construir um instrumento que contribua com a prática profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, na adesão e supervisão do tratamento, e no gerenciamento do cuidado.

1 INTRODUÇÃO

A problemática da não adesão ao tratamento pelos pacientes crônicos é uma preocupação frequente entre os pesquisadores e trabalhadores de saúde, pois este fato pode acarretar no aparecimento precoce de complicações no processo de adoecimento e os torna em números na estatística de mortalidade mundial.

Contudo, as novas abordagens no tratamento e acompanhamento da doença crônica, como o gerenciamento de caso¹, possibilitam ao enfermeiro contribuir na adesão e supervisão da terapêutica, principalmente ao predizer o tipo de cuidado que o paciente deve receber em relação a sua Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que nesta pesquisa foi representada pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No sistema de saúde público brasileiro a HAS e a Diabetes *Mellitus* (DM) constituem a primeira causa de hospitalização, e são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras patologias crônicas, sendo que o impacto social destas doenças é calculado pelo custo das complicações (LESSA, 2006; BRASIL, 2011).

A terapêutica das complicações de patologias crônicas requer uma estrutura hospitalar, o que conseqüentemente, eleva os custos dos cuidados de saúde. Sabe-se que a HAS e a DM surgem basicamente no nível de atenção primária e deveriam ser tratadas neste âmbito, mas como afirma Mendes (2012), grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes.

Contudo, para atingir-se o cuidado eficaz no tratamento primário da HAS, torna-se imprescindível o conhecimento e atuação sobre os fatores preditivos e de risco modificáveis como o tabagismo, hábitos alimentares, inatividade física, etilismo e excesso de peso, acrescidos dos aspectos biopsicológicos, comorbidades, patologias associadas, e dos determinantes sociais, tais como as condições

¹ Gerenciamento de caso é entendido como [...] um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional de preservar a autonomia individual e familiar (MENDES, 2012, p. 403-4).

habitacionais, educacionais, financeiras, trabalhistas, entre outros, visto que estes repercutem diretamente na saúde da população (MENDES, 2012).

Assim, para suprir o descompasso dos serviços de saúde e solucionar a alta prevalência de doenças crônicas, a equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation* desenvolveu em 1993 o Modelo de Atenção Crônica (CCM) nos Estados Unidos. Já que este possui uma avaliação positiva, por resultar em melhores níveis de cuidado, foi base para muitos outros modelos em diversos países como Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia, Singapura, entre outros (COLEMAN *et al.*, 2009; PAHO, 2012; MENDES, 2012).

Ao realizar uma revisão integrativa com o objetivo de identificar e descrever os modelos de cuidado utilizados pelos profissionais de saúde no atendimento à pacientes com doenças crônicas, observou-se que nove estudos apresentaram o modelo de gestão de caso, seis de autogestão e dois o CCM.

O modelo de gestão de caso possibilita aos profissionais de saúde e assistência social proporcionarem suporte aos pacientes no seu próprio cuidado, o qual pode resultar em um documento escrito que forneça um plano de cuidados, de acordo com as discussões e metas definidas em conjunto (NEWBOULD *et al.*, 2012).

O modelo de autogestão visa o ensino de habilidades para a resolução de problemas de ordem biológica, social e afetiva, principalmente a pacientes com doenças crônicas. Desta maneira, a finalidade deste é provocar mudanças no comportamento e inculcar a confiança no paciente em reconhecer os sinais e sintomas, a exacerbação da doença e ter a responsabilidade de agir diante destes, sempre com amparo profissional (WALKER; SWERISSEN; BELFRAGE, 2003; MORGAN, 2011).

Por fim o CCM consiste em ações preventivas, planejadas, com decisão integrada e registradas, com o objetivo de amparar o trabalho em equipe e a autonomia do paciente no cuidado. O CCM possui seis elementos divididos em dois grupos, o sistema de atenção à saúde e à comunidade. No primeiro, propõe-se mudanças na organização, no modo de prestação de serviços, suporte as decisões, sistemas de informações e autocuidado apoiado. No segundo grupo, as mudanças devem ocorrer na articulação dos serviços de saúde e recursos da comunidade (WATTS *et al.*, 2009; DANCER; COURTNEY, 2010; MENDES, 2012).

Devido ao Modelo de Atenção Crônica ser benéfico em organizações de saúde públicas e universais (Paho, 2012; Mendes, 2012), foi construído o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para a realidade do Sistema Único de Saúde

brasileiro, o qual foi embasado no CCM, no Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), e no Modelo de Determinação Social da Saúde (MENDES, 2011; 2012).

Outro exemplo utilizado no Brasil é o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas (CICC) recomendado pela Organização Mundial da Saúde, sendo este fundamentado no CCM. E em 2011 o Ministério da Saúde divulga o modelo de cuidado no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

Assim, segundo os modelos de cuidado para pacientes portadores de doença crônica é preciso utilizar elementos de apoio terapêutico que incluem o autogerenciamento, com ações de aconselhamento, educação e informação; os sistemas de saúde, que compreendem as equipes multiprofissionais; o suporte a decisão, ou seja, *guidelines* baseados em evidências e treinamento dos profissionais; e o sistema de informação clínico, não só para o serviço de saúde como para o paciente (NOLTE; MCKEE, 2008; BRASIL, 2011).

Estes aspectos elencados pelo Ministério da Saúde podem proporcionar autonomia aos portadores de doença crônica em relação a terapêutica, pois os elementos de apoio quando utilizados promovem o conhecimento da patologia e de seus vários aspectos intervenientes e predisponentes, sendo que o aprendizado facilita a superação e o enfrentamento da doença (MACHADO; CAR, 2007).

Assim, o paciente ao conhecer a sua doença pode realizar escolhas, do “que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades”, uma vez que o indivíduo autônomo expressa sua vontade, de forma consciente ao compreender as consequências de suas escolhas (BESEN *et al.*, 2007, p.59).

Desta maneira, o entendimento da autonomia visa a independência do indivíduo em conformação com seus valores, prioridades, anseios, e convicções, com ações frente a doença crônica contrárias as atitudes passivas e submissas, ao adquirir um papel ativo, autônomo e responsável (COSTA; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2007; NOVAIS *et al.*, 2009).

Para atingir a autonomia do paciente os profissionais precisam “promover informações, suporte, que possam favorecer as suas escolhas responsáveis, que garantam maior qualidade de vida e independência dos atos de saúde” (MALTA; MERHY, 2010, p.595).

Uma proposta que vise possibilitar o favorecimento da autonomia necessária ao paciente é configurada pelo gerenciamento de caso, o qual pode ser empregado para fortalecer a atenção à saúde em seus três níveis, pois constitui um instrumento de avaliação de saúde, tanto para os gestores quanto para os profissionais, como para os pacientes (MCEWEN; WILLS, 2009).

O gerenciamento de caso constitui-se em um sistema de integração vertical e horizontal de difícil implementação, especialmente no sistema público (Gonzales *et al.*, 2003), que fornece dados para avaliação clínica e para o delineamento de um perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, este surgiu no nível ambulatorial, sendo adotado também em instituições hospitalares (MCEWEN; WILLS, 2009).

Neste contexto, destaca-se o papel do profissional enfermeiro no atendimento primário de saúde, pois os portadores de doença crônica e seus familiares precisam de suporte para a prevenção ou administração eficaz dos eventos crônicos (OMS, 2003), isto é, há a necessidade que eles gerenciem o cuidado de sua doença.

A consulta de enfermagem com foco educativo no intuito de facilitar a compreensão dos pacientes com doença crônica pode melhorar a adesão ao tratamento e desenvolver o gerenciamento do cuidado, assim como diminuir conseqüentemente as internações e readmissões hospitalares (BENTO; BROFMAN, 2009).

Igualmente o acesso à atenção básica de saúde e atendimento de qualidade, proporciona o diagnóstico precoce necessário, devido a história natural e o curso clínico das patologias crônicas. Estas são doenças assintomáticas, permanentes, de longa duração, com múltiplos fatores de risco que geram instabilidade devido aos períodos de agudização e exacerbação, que podem acarretar em incapacidades, alterações na vida cotidiana, estresse, e até a morte. Todavia, o sistema de saúde não pode simplesmente diagnosticar, mas precisa conduzir o tratamento adequado (LESSA, 1998; 2006).

Cabe ao enfermeiro criar juntamente com os demais profissionais da equipe multidisciplinar um projeto terapêutico, que atenda a singularidade de cada paciente portador de doença crônica, com fluxo contínuo monitorado e controlado não só pelos profissionais como pelo próprio paciente, este considerado gestor do seu cuidado. Assim, por meio da comunicação e acompanhamento pode-se alcançar a autonomia do paciente no seu modo de viver com a patologia crônica (MALTA; MERHY, 2010).

Em se tratando de hipertensos, pelas características do processo de adoecimento, verificou-se que a mudança do estilo de vida é uma atitude de difícil aceitação, embora a maioria dos hipertensos tenham consciência dos hábitos que possuem, eles sentem-se desencorajados a realizar mudanças devido ao caráter crônico da doença (MANTOVANI; MOTTIN; RODRIGUES, 2007).

A não aceitação do caráter crônico da hipertensão arterial facilita o aparecimento de complicações decorrentes desta, e ao acompanhar o paciente com doença crônica cabe ao profissional estimulá-lo a superar as dificuldades do tratamento. Em estudo realizado por Mantovani, Mottin e Rodrigues (2007), as visitas domiciliares proporcionaram maior comprometimento com a terapêutica da hipertensão, pois o paciente sente-se valorizado e encorajado.

As visitas domiciliares corroboram com uma das finalidades do gerenciamento do caso de doença, a de garantir o acompanhamento às populações de risco, prevenir complicações e outros casos de morbidade, por meio do acompanhamento individual. Visto o gerenciamento de caso ser um modelo que “identifica, coordena e monitora a implementação e o acompanhamento de protocolos e de serviços indispensáveis para alcançar as necessidades humanas e de saúde do paciente” (LOPES *et al.*, 2011).

Com o intuito de continuar a busca pelas lacunas existentes à adesão ao tratamento da hipertensão arterial e ao aparecimento de complicações, considera-se que o profissional deve identificar fatores além dos que comumente são considerados como, o controle do peso corporal, estilo alimentar, atividade física, controle do estresse psicossocial, cessação do tabagismo e etilismo, para que possa efetivamente gerenciar o caso e estabelecer metas que podem ser avaliadas por toda a equipe no atendimento ao paciente crônico, sem desconsiderar a autonomia deste.

Assim, defendo a tese de que existem fatores que podem predizer o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica e que tem a capacidade de serem prevenidos pelo enfermeiro na atenção primária. Destarte, questiona-se que fatores são comuns em pacientes que tiveram complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica que podem ser previstos pelo enfermeiro?

2 OBJETIVO GERAL

Elaborar escala preditiva de determinantes para complicações em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ações para o gerenciamento de cuidado em enfermagem.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos pacientes com HAS;
- Identificar os determinantes de predição de complicações para pacientes hipertensos;
- Mensurar os determinantes para complicações da HAS;
- Verificar o impacto dos determinantes no aparecimento de complicações da HAS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar esta pesquisa fez-se uma busca em base de dados nacionais e internacionais com os descritores doença crônica, hipertensão, enfermagem, qualidade de vida, ansiedade, depressão, apoio social, adesão medicamentosa e predição, utilizando operador booleano “and” entre eles, sem período específico para a procura dos artigos. Assim, os tópicos que compõem esta revisão são: doenças crônicas não transmissíveis: a hipertensão arterial e sua relação com os fatores de risco; HAS; adesão ao tratamento; ansiedade e depressão; qualidade de vida e apoio social.

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA RELAÇÃO COM OS FATORES DE RISCO

As DCNT são consideradas uma epidemia, sendo responsáveis por 60% dos óbitos no mundo. Preocupação maior se dá nos países de baixa renda, visto as dificuldades em garantir políticas públicas favoráveis que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde. Assim, estima-se que nestes países as DCNT podem causar 80% da carga de doenças até 2020, sendo destacadas as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes (BRASIL, 2008; 2011; 2013a).

No Brasil, as DCNT compõem em grande magnitude o rol dos problemas de saúde e são responsáveis por aproximadamente 72% das causas de mortes, abrangendo todas as camadas socioeconômicas, sobretudo os idosos e as pessoas com baixa renda e escolaridade, sendo estes considerados grupos vulneráveis (BRASIL, 2011).

Contudo, verifica-se uma acentuada ocorrência de óbitos prematuros ocasionados por estas patologias crônicas, atingindo 29% das pessoas com idade inferior a 60 anos, enquanto nos países desenvolvidos este percentual é de 13% (WHO, 2011). Assim, por gerar um impacto significativo na população adulta, que se constitui na fase economicamente ativa do ser humano, as DCNT resultam em uma

“perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza” (BRASIL, 2011, p.24).

As alterações no perfil populacional brasileiro ocorrido pelos “processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, assim como a urbanização e o crescimento econômico e social” favorecem o risco de adoecimento da população, principalmente a ocorrência de doenças crônicas (BRASIL, 2011, p.26). De tal modo, pode-se dizer que estas patologias são agravadas e/ou acarretadas pelas modificações econômicas, políticas, sociais e culturais determinadas pelas sociedades ao longo do tempo, que alteram suas maneiras individuais e coletivas de viver ao escolherem certos hábitos de vida (BRASIL, 2008a).

Estima-se um aumento substancial, na prevalência das patologias crônicas e óbitos para o futuro, devido ao crescimento e envelhecimento populacional em consonância com as transições econômicas e as exposições aos fatores de risco ocupacionais e ambientais (BRASIL, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNT constituem as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e DM, por acarretarem diversos agravos não-infecciosos, pela variedade de fatores de risco, e por serem passíveis de união a deficiências e incapacidades funcionais, deste modo, exige monitoramento e tratamento constante devido seu curso prolongado (OMS, 2003).

O longo tratamento para as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes acarretam em custos diretos para o sistema de saúde, e segundo a OMS 100 milhões de pessoas são conduzidas a pobreza nos países que não possuem sistemas de saúde públicos (WHO, 2010), no Brasil mesmo com o Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o gasto singular da doença crônica é elevado devido aos custos agregados, colaborando para o empobrecimento das famílias (BRASIL, 2011).

Através dos sistemas de gerenciamento do SUS percebe-se uma ocorrência de 80% das internações hospitalares no Brasil, sendo as doenças cardiovasculares as principais causas desses internamentos e conseqüentemente dos altos custos ao sistema de saúde nacional (BRASIL, 2011). Segundo Schmidt *et al.* (2011), 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestação e 27,4% dos internamentos em

pessoas acima de 60 anos foram relacionadas as enfermidades cardiovasculares em 2007.

Este impacto socioeconômico decorrente das DCNT pode originar um prejuízo na economia brasileira de 4,18 bilhões de dólares entre 2006 e 2015, pela perda de produtividade no trabalho e diminuição da renda familiar, resultantes das seguintes doenças crônicas: diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Para amenizar os impactos acarretados pelas DCNT faz-se necessária uma vigilância através do monitoramento da morbidade e mortalidade específica, dos fatores de risco e as respostas dos sistemas de saúde por meio das políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2011).

Desde a década de 1970 tem-se realizado projetos de intervenção populacional para enfrentar a problemática das doenças crônicas no mundo, o primeiro surgiu na Finlândia em 1972, sendo posteriormente implementados outros nos Estados Unidos da América, na Europa e Canadá, que se encontra em andamento desde 1985 o *Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program (CINDI)*; e na América Latina o *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifatorial de Enfermedades No transmissibles (CARMEN)* (BRASIL, 2007).

O projeto *CARMEN* foi criado em 1995 como uma ferramenta para os países americanos atingirem o objetivo global da Organização Mundial de Saúde no ano 2000. Seu objetivo principal era promover coalizações locais e nacionais, estabelecer políticas e implementar medidas de redução dos fatores de risco das DCNT. O enfoque do projeto era o tabagismo, a HAS, a obesidade/sobrepeso, o DM e a ingestão excessiva de álcool (BRASIL, 2007).

Dentre as DCNT de maior impacto mundial constata-se em convergência com os fatores de risco, como a alimentação não saudável, inatividade física, tabagismo, etilismo, obesidade, hipertensão arterial e colesterol alto. Em termos de óbitos atribuiu-se 13% das mortes mundiais ao aumento da pressão arterial, 9% ao uso do tabaco, 6% alto nível de glicose no sangue, 6% ao sedentarismo, e 5% ao sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2011).

Sabe-se que estes principais fatores de risco para as DCNT são passíveis de controle e agravados pela correlação da prevalência das patologias crônicas com os determinantes sociais, que são caracterizados pela educação, ocupação, renda, gênero e etnia (BRASIL, 2011). Ao mesmo tempo, a distribuição dos fatores de risco

e proteção sofre influências das desigualdades sociais no Brasil, sendo o tabagismo, a alimentação não saudável e a obesidade com maior ocorrência em populações de menor escolaridade, enquanto o consumo de frutas e hortaliças e a realização de atividade física com ascendente frequência em população com 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2011).

No Brasil a vigilância em DCNT permite conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças, assim como os fatores de risco na população, ao identificar os condicionantes sociais, econômicos e ambientais para dar subsídio ao planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das DCNT (BRASIL, 2011).

A prevenção e controle dos fatores de risco são essenciais para evitar o aumento epidêmico dessas patologias e de suas consequências, logo, o SUS possui sistemas de gerenciamento que permitem analisar o comportamento dessas doenças e agravos na população (BRASIL, 2011).

Para prevenir e controlar os fatores de risco são lançadas várias ações, consideradas pela OMS custo-efetivas, que ao serem executadas produzem resultados rápidos salvando vidas, prevenindo doenças e diminuindo custos (WHO, 2011). Algumas destas ações são: aumento de impostos e preços sobre os produtos com tabaco, proibir o ato de fumar em lugares públicos, proibir propaganda, patrocínio e promoção de tabaco, reduzir a venda de álcool, reduzir sal nos alimentos, substituir gordura trans por poli insaturadas nos alimentos, construir ambientes que favoreçam a atividade física e promoção através da mídia de massa sobre alimentação saudável e atividade física, entre outras (BRASIL, 2011).

Além destas ações, há no Brasil o programa de assistência farmacêutica que disponibiliza através das unidades de saúde do SUS, e de farmácias populares diversos medicamentos básicos para o tratamento das DCNT. Contudo, sabe-se que as intervenções efetivas para as patologias crônicas são determinadas em sua maioria pelo sistema de saúde, sendo fundamental o comprometimento governamental em priorizar programas de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Estas ações de promoção e prevenção das doenças crônicas são justificadas pelo fato dos fatores de risco estarem difundidos na sociedade iniciando precocemente e alastrando-se ao longo da vida. Em países desenvolvidos foi constatado declínio de certas patologias crônicas através de intervenções de prevenção e tratamento, razão que corrobora com a adoção destas medidas para a

reversão destas doenças, o que demonstra a necessidade de uma abordagem populacional de prevenção e assistencial (BRASIL, 2011).

Assim, torna-se indispensável uma abordagem integral no cuidado das doenças crônicas com atuação em todos os níveis: promoção, prevenção e cuidado integral, com articulação do cuidado na linha da macro e micropolítica. Entende-se por micropolítica as ações de promoção da saúde, articulações intersetoriais, organização da rede de serviços e ações regulatórias, e micropolítica a atuação da equipe na vinculação e responsabilização do cuidador favorecendo a autonomia do usuário (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2011).

Diante destas ações do Ministério da Saúde, percebe-se que o gerenciamento de caso surge como um modelo de prestação de serviços para suprir as necessidades emergentes do SUS no tocante à implementação de estratégias setoriais e intersetoriais, através do cuidado integral, que implica em articular promoção, vigilância, prevenção e assistência à saúde (OMS, 2003).

Frente a problemática das doenças crônicas o Ministério da Saúde, em 2011, organizou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das DCNT no Brasil, 2011 – 2022, com a finalidade de promover, desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para prevenir e controlar as DCNT entre as quais incluem o acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, assim como fortalecer os serviços de saúde para os cuidados crônicos (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (OMS, 2003) ressalta a importância de mudanças nos sistemas de saúde atuais em relação a doença crônica.

Para Nolte e McKee (2008), é essencial para o cuidado da doença crônica a atuação da equipe que favoreça a autonomia, a produção de informações entre os serviços, avaliação dos usuários, autogerenciamento, otimização das terapias e seguimento. A proposta de atuação nas doenças crônicas compreende os três níveis, a saber micro, meso e macro social, compostos respectivamente pelo paciente, a comunidade e a política.

O cuidado eficiente que se idealiza ao paciente com doenças crônicas deve ser integral e atender as suas singularidades, diferenciando-se do que se tem hoje nos serviços de saúde que não se consegue atingir o singular do indivíduo e que impõe olhares e fazeres sem considerar a real necessidade do paciente (MALTA; MERHY, 2010).

Para se alcançar uma atenção integral é imprescindível que o cuidado seja organizado em rede, tendo complementariedade dos serviços em busca de um objetivo comum, o cuidado ao paciente com doenças crônicas (MALTA; MERHY, 2010). Assim, espera-se que todos os níveis sejam capazes de gerir com eficácia os problemas crônicos de saúde, com a estratégia de gerenciamento destas condições. Nesta proposta é fundamental a qualidade de vida do paciente e de sua família, sendo estes “produtores de saúde” ou coparticipes em busca desse objetivo (OMS, 2003).

O fundamento do gerenciamento da doença crônica é o apoio e a previsão das necessidades do paciente no cuidado planejado, através da atenção integral que supere as ações somente biomédicas. Assim, para a execução desta estratégia é preciso o engajamento dos serviços e de seus envolvidos, principalmente os profissionais de saúde e pacientes, sendo estes os autogestores de sua doença no domicílio (OMS, 2003).

Em relação ao tratamento e controle das condições crônicas desde a década de 1970 do século passado, vários autores preocuparam-se com a predição de riscos, em estudo de Chambless *et al.* (1990), os fatores como pressão alta, colesterol elevado e tabagismo foram identificados por possuir relação direta com o risco de desenvolver doença cardíaca coronária, sendo esta uma predição através da regressão logística.

A redução destes fatores de risco, pressão alta, colesterol elevado e tabagismo, é imprescindível na prevenção de doença cardíaca coronária. Para isto, a adoção de estratégias para pessoas com alto risco assintomáticos, intervenção nos fatores de risco, e um atendimento eficaz torna-se essencial (PYÖRÄLÄ, 1991).

Sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença cardiovascular e muitas vezes é a causa primária de outras patologias cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiência renal, deficiência visual, no entanto a hipertensão fica obscura diante do outro diagnóstico (COLEMAN, 1998).

Assim, acredita-se que identificar os fatores de risco e proteção que possibilitem prever o aparecimento de complicações da hipertensão arterial pode auxiliar na assistência, pois ao conhecer o paciente com maior risco de complicações é possível acompanhar este constantemente, assim como manter o vínculo com os serviços de saúde e desta forma minimizar os fatores de risco e melhorar a qualidade dos cuidados.

Estudo com outra patologia crônica também visou a predição dos fatores de risco, com o objetivo de descrever os fatores de risco para mortalidade em pacientes com enfisema. Os autores identificaram como fatores determinantes para um maior risco de morte de paciente com enfisema, a idade, utilização de oxigênio, medidas fisiológicas, capacidade de exercício e distribuição do enfisema (MARTINEZ *et al.*, 2006).

3.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é conceituada como uma condição clínica multifatorial distinta por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, que geralmente ocorre associada as alterações funcionais e/ou estruturais de coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos e metabólicos, com precedente aumento do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular ocorre proporcionalmente pelo aumento progressivo da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg, no qual a HAS constitui um dos principais fatores de risco modificável, com alta prevalência e baixo índice de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil a prevalência da HAS é acima de 30%, ao considerar valores de pressão arterial superiores a 140/90 mmHg na população adulta. Contudo, estima-se o aumento crescente dessa patologia, com o aparecimento cada vez mais precoce, proporcionando o status de grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na intenção de reduzir os eventos cardiovasculares faz-se necessário o rastreamento, detecção precoce, tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Desta maneira, o médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem deve verificar a pressão arterial de todo adulto acima de 18 anos que procura o serviço de saúde, independentemente do motivo (BRASIL, 2013b).

A primeira vez que o paciente chega ao serviço, deve-se realizar a verificação da pressão arterial nos dois braços, e caso constate-se diferença entre os valores, considera-se a maior medida. No entanto, o diagnóstico se dá pela média aritmética

de três verificações em dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, e confirma-se caso os níveis pressóricos forem maior ou igual a 140/90mmHg (BRASIL, 2013b).

Mas o diagnóstico médico da HAS deve ser criterioso, visto ser uma condição crônica que perdurará por toda a vida do paciente. Deste modo, constatar valores acima de 140/90mmHg em apenas um dia não é suficiente para diagnosticar, e enfatiza-se evitar a verificação em situações estressantes, como dor, luto e ansiedade, pois estas podem interferir (BRASIL, 2013b).

Desta maneira, o governo brasileiro elaborou no ano de 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes *Mellitus* (Brasil, 2001), com ações estaduais e municipais que objetivam estabelecer metas e diretrizes para o SUS, através da capacitação dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo, assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública.

Contudo, para alcançar um atendimento resolutivo e de qualidade a estes pacientes, o Ministério da Saúde criou em 2002 o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) um programa informatizado que possibilita cadastrar e acompanhar os pacientes com hipertensão e diabetes, captados e vinculados às unidades de saúde, e que proporciona informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (Brasil, 2012a), assim como possibilita a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados (BOING; BOING, 2007).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são relacionados à idade, com uma relação direta e linear com a pressão arterial; ao gênero e etnia, no qual a prevalência é maior no sexo masculino até os 50 anos de idade e posteriormente inverte-se para o sexo feminino, e em relação à cor a prevalência é maior em indivíduos não brancos; o excesso de peso e obesidade; a ingestão elevada de sódio; consumo de álcool por períodos prolongados; sedentarismo; fatores socioeconômicos, mesmo sendo complexos e de difícil estabelecimento; genética; e outros fatores de risco cardiovascular, sendo os fatores ambientais e genéticos contribuintes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico da HAS é simples, porém nem sempre é realizado da maneira adequada. Comportamentos como, preparo adequado do paciente, uso da técnica padronizada e equipamento calibrado podem evitar possíveis erros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Desta forma, os profissionais médicos devem realizar a avaliação clínica dos pacientes hipertensos com o objetivo de confirmar o diagnóstico de HAS, e identificar os possíveis riscos para doenças cardiovasculares, a presença de lesão e ou outras doenças associadas, estratificar o risco cardiovascular e indícios de hipertensão secundária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na avaliação é necessário obter história clínica completa, atentando principalmente aos dados que se referem ao “tempo e ao tratamento prévio de hipertensão, aos fatores de risco, aos indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, aos aspectos socioeconômicos, as características do estilo de vida”, o uso anterior e atual de fármacos e drogas que possam interferir no tratamento. Assim, como aferir a pressão arterial e a frequência cardíaca, pois ambas são relacionadas diretamente com o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 18).

Para a tomada de decisão terapêutica é necessária a estratificação do risco cardiovascular global, que considera os valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco adicionais, lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os fatores de risco cardiovascular adicionais aos pacientes hipertensos são: idade, homem > 55 e mulher > 65 anos, tabagismo, dislipidemia com triglicérides > ou igual 150 mg/dl, colesterol > 100 mg/dl, diabetes *Mellitus*, história familiar prematura de doença cardiovascular. Além destes fatores clássicos são marcadores de risco adicionais a glicemia em jejum, hemoglobina glicada, obesidade abdominal, pressão de pulso, história de pré-eclampsia na gestação, história familiar de hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

TABELA 1 - ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL: RISCO ADICIONAL ATRIBUÍDO À CLASSIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM FATORES DE RISCO, LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

Normotensão						
Hipertensão	Ótimo	Normal	Limítrofe	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3
Outros fatores de risco ou doenças	PAS < 120 ou PAD < 80	PAS 120 - 129 ou PAD 80 – 84	PAS 130 - 139 ou PAD 85 – 89	PAS 140 – 159 PAD 90 – 99	PAS 160 – 179 PAD 100 – 109	PAS >= 180 PAD >= 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1-2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
>= 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010)

Nota: LOA – lesão de órgãos-alvos; SM – Síndrome Metabólica; DM – Diabetes Mellitus

Portanto, a decisão terapêutica não deve basear-se somente no nível de pressão arterial, mas considerar os fatores de risco, lesão em órgão-alvo e ou doença cardiovascular estabelecida (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), pois após o diagnóstico médico o maior desafio em relação a HAS é a adesão ao tratamento.

A adesão consiste na mudança dos hábitos de vida em busca de ações benéficas e saudáveis, que contribuam para a manutenção da saúde, e que se necessário possam ser complementadas com a terapêutica medicamentosa. Segundo Pinto e José (2012, p.1639), o “estilo de vida é um importante determinante da saúde”, sendo este essencial no tratamento e/ou controle de muitas patologias, incluindo a HAS.

3.1.2 Adesão ao Tratamento da HAS

A HAS, por ser uma doença silenciosa e crônica necessita de controle por toda a vida, para minimizar e postergar as complicações, visto que estas são relacionadas diretamente com o grau de adesão do paciente ao tratamento (VITOR *et al.*, 2011).

Desta maneira, Pinto e José (2012) afirmam que para ocorrer à adesão ao tratamento, o profissional de saúde além de orientar os aspectos já conhecidos em relação a terapêutica, deve se aproximar e conhecer o paciente, seu contexto familiar e social, pois os pacientes portadores de hipertensão segundo Vitor *et al.* (2011), e Ulbrich e Mantovani (2014), tendem a adaptar as orientações com a sua realidade, o que muitas vezes não proporciona uma adesão passível de diminuir os níveis pressóricos.

Gusmão e Mion Jr (2006), realizaram uma revisão conceitual sobre o termo adesão, que possui os sinônimos aderência, observância, complacência, fidelidade e *compliance*. Internacionalmente este último é mais utilizado, porém ambos os termos, *compliance* e adesão, devem considerar a participação ativa do paciente no tratamento.

Assim para Gusmão *et al.* (2009), o termo adesão considera duas vertentes, o de consentir com a orientação recebida e a ação resultante desta, sendo passível de avaliação. Existem muitas maneiras de realizar a avaliação do tratamento, desde a contagem de medicamentos até o relato do paciente, sendo esta última a mais comum pela praticidade e baixo custo.

Vários autores desenvolveram instrumentos para realizar a avaliação de adesão ao tratamento, Morisky, Green e Levine (1986) criaram uma escala para avaliação da prescrição medicamentosa, e Prado Jr, Kupek e Mion Jr (2007), avaliaram quatro métodos indiretos nos quais consideraram o controle da pressão arterial e a idade do paciente como melhores valores preditivos para avaliar a adesão. Porém, segundo Gusmão *et al.* (2009), nem os métodos mais dispendiosos são totalmente confiáveis, pois pode existir a manipulação do paciente.

Alguns fatores podem influenciar a não-adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo, sendo estes relacionados: aos sistemas de saúde e seus profissionais (política de saúde, acesso ao serviço, tempo de espera versus tempo de

atendimento, relação médico-paciente); a doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); ao paciente (sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, nível socioeconômico, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais); ao tratamento (número de doses, comprimidos e horários das tomadas, duração do tratamento, influência na qualidade de vida) e o comprometimento do cuidador (GUSMÃO *et al.*, 2009).

O trabalho multiprofissional com o paciente e/ou seu cuidador é essencial no seguimento do tratamento anti-hipertensivo, pois oferece parceria para se alcançar as metas terapêuticas e possibilita uma diminuição da morbimortalidade da HAS (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Em um estudo realizado por Figueiredo e Asakura (2010), com 54 pacientes hipertensos na cidade de São Paulo em 2008, com o objetivo de caracterizar pacientes hipertensos e conhecer suas principais dificuldades para aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde, os autores perceberam que as orientações e medicamentos fornecidos pelos profissionais de saúde não garantiram a adesão, sendo as modificações do dia-a-dia, como alimentação e prática regular de atividade física, as orientações com menor aderência.

Outro estudo referente à temática da adesão, realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 2010 com 206 hipertensos, objetivou verificar a confiabilidade e o desempenho da versão em português de instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Foram analisados a consistência interna, estabilidade temporal e desempenho dos instrumentos na versão em português Teste de *Morisky-Green* (TMG) e do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), no qual o último apresentou melhor desempenho, com maior sensibilidade e especificidade em relação ao controle inadequado da pressão arterial, taxa insuficiente de retirada de medicação e a combinação de ambos (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Ao identificar os motivos expostos por portadores de HAS para o abandono do seguimento médico em serviço de atenção primária à saúde e as estratégias que empregam para o controle da hipertensão, Duarte *et al.* (2010) verificaram razões relacionadas ao serviço de saúde, organização, estrutura e relação médico-paciente, ou motivos de natureza psicossocial, como ausência de sintomas, melhora e/ou normalização da pressão arterial e a ingestão de bebida alcoólica. Estes motivos descritos pelos autores podem contribuir para a não adesão ao tratamento corroborando com os fatores descritos por Gusmão *et al.* (2009).

3.1.3 Ansiedade e Depressão

A HAS é frequentemente associada às manifestações emocionais como depressão, ansiedade, traços de personalidade e qualidade do sono (Quintana, 2011), estas são mencionadas como estimuladores das condutas de risco para cardiopatias como: comer compulsivamente, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo, e ainda o maior risco de não aderir ao tratamento medicamentoso ocorre em pacientes com sintomas de ansiedade e depressão, de qualquer nível (BAUTISTA *et al.*, 2012).

Um estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, analisou a associação entre depressão e doenças crônicas em pacientes adultos. Os autores observaram prevalência elevada de depressão em mulheres, idosos, viúvos ou separados, os desprivilegiados economicamente, os sedentários nos momentos de lazer, os que consultaram médicos nas duas últimas semanas e os que estiveram hospitalizados no ano anterior. E a depressão foi maior entre as pessoas com mais de uma patologia crônica, configurando-se numa relação proporcional (BOING *et al.*, 2012).

Desta maneira, os autores acreditam que vivenciar menores eventos depressivos garante mínimas chances de progredir as doenças crônicas, porém uma coisa é certa, quando associadas, depressão e doenças crônicas, piores são os agravos e desfechos (BOING *et al.*, 2012).

Em outro estudo realizado com sul africanos observou-se que o diagnóstico de hipertensão em geral foi mais comum entre os pacientes com algum sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão (GRIMSRUD *et al.*, 2009). Corroborando com Fonseca *et al.* (2009), ao citar os fatores de risco para a hipertensão sendo a faixa etária, sexo, sedentarismo, elevada ingestão de sódio, fatores genéticos, obesidade, tabagismo, e fatores emocionais como estresse, raiva, hostilidade, impulsividade, ansiedade e depressão. No entanto, segundo Grimsrud *et al.* (2009), ao ajustar para outras condições físicas crônicas, a hipertensão em si própria não teve associação com a ansiedade e/ou depressão.

Pode-se observar uma dualidade nas pesquisas sobre a temática, sendo que estudos relacionam os fatores emocionais com a ocorrência ou comprometimento da hipertensão arterial ou de alguma doença crônica, e outros não confirmam tal relação, ou até atribuem que a depressão e ansiedade podem resultar em menores índices

pressóricos (GRIMSRUD *et al.*, 2009; LIMA JR., 2010; HILDRUM; ROMILD; HOLMEN, 2011; BOING *et al.*, 2012).

Em estudo realizado na Noruega por Hildrum, Romild e Holmen (2011), em que acompanharam 17.410 pacientes por 22 anos, em três momentos distintos com intervalos de 11 anos, o primeiro de 1984-86, segundo de 1995-97 e o terceiro de 2006-08, identificaram que o estresse emocional pode acarretar em hipertensão, e que os sintomas de ansiedade e depressão são preditores da diminuição relativa da pressão arterial.

Os autores acompanharam as taxas basais de ansiedade e depressão e observaram diminuição da pressão arterial sistólica em análises de regressão linear com ajuste para idade, sexo, escolaridade e pressão sanguínea. Os pacientes com sintomas elevados de depressão e ansiedade, nos três momentos estudados, tiveram uma maior redução da pressão arterial sistólica e diastólica, quando comparado com indivíduos com sintomas leves (HILDRUM; ROMILD; HOLMEN, 2011).

Apesar disso, os estudos relatam serem inconclusivas a influência dos fatores emocionais na ocorrência de hipertensão, visto que muitas vezes não há inclusão dos fatores de confusão relevantes (GRIMSRUD *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2009; HILDRUM; ROMILD; HOLMEN, 2011). Os instrumentos mais utilizados para a mensuração dos fatores emocionais como depressão, ansiedade e estresse foram o *Hospital Anxiety and Depression rating Scale* (HADS), as escalas de ansiedade e depressão de Beck, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), o *Psychological general well-being index* (PGWD) e a Escala de depressão de Hamilton-D.

Contudo, as patologias emocionais, hipertensão e doenças coronarianas são frequentes nos cuidados primários de saúde, e segundo Moser *et al.* (2011), a ansiedade pode se configurar em um preditor de desfechos coronarianos, desta forma os autores sugerem vigilância no acompanhamento destes. Em contrapartida Ramos e Ferreira (2011), aludem que pacientes com complicações de doenças crônicas apresentam maior nível de depressão, mas não possuem a mesma semelhança com respeito a ansiedade.

Para Boing *et al.* (2012), os piores desfechos das doenças crônicas são apresentados pelas pessoas com diagnóstico de depressão, assim faz-se necessário que os serviços de saúde estructurem políticas e ações para o atendimento desta população. O acompanhamento e controle dos fatores emocionais, como ansiedade

e depressão, pode acarretar em melhor qualidade de vida ao paciente, pois possibilita a este minimizar os fatores de risco (QUINTANA, 2011).

3.1.4 Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QV) é conceituada pela *World Health Organization* (1995, p.1405), como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Assim, a QV engloba domínios da capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental (PEREIRA; BORGES; AMADEI, 2013). As doenças crônicas e emocionais estão associadas com diminuída QV, devido aos baixos escores apresentados em estudos (CARVALHO *et al.*, 2012; AZEVEDO *et al.*, 2013).

A avaliação da QV em pacientes com doenças crônicas, como a hipertensão, provê subsídios ao propor métodos terapêuticos eficazes. Assim, é possível averiguar a QV pela aplicação de instrumentos que detectam os domínios afetados e conseqüentemente possibilitam atuar sobre estes para proporcionar melhoria de vida a esta população (PEREIRA; BORGES; AMADEI, 2013).

Os instrumentos mais conhecidos e utilizados são os que avaliam a QV genericamente como *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF36), *Health-Related Quality of Life* (CDC HRQOL) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOLQOL-Bref), e o *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensión Arterial* (MINICHAL), específico para a Hipertensão Arterial Sistêmica. Este último é recente em pesquisas nacionais.

No município de Atalaia no Paraná um estudo que verificou a QV de pacientes que realizavam o tratamento medicamentoso para hipertensão, constatou comprometimento em todos os domínios, exceto no de aspectos sociais, fato este, que pode refletir negativamente na QV dos participantes, além de dificultar o seguimento terapêutico (PEREIRA; BORGES; AMADEI, 2013).

Acredita-se que as complicações da hipertensão arterial com danos em órgãos-alvo, acidente vascular cerebral, doença cardiovascular, ou doença renal

crônica alteram negativamente a QV destes pacientes, e no caso da doença renal crônica a idade, comorbidades e alterações de hemoglobina e albumina também acarretam diminuição ao longo do tempo na QV (SONI; WEISBORD; UNRUH, 2010).

As características das doenças crônicas, como o tratamento medicamentoso e as possíveis complicações clínicas, incidem na capacidade física, emocional, de interação social e nas atividades diárias e intelectuais dos pacientes, o que compromete diretamente a QV (ANDRADE *et al.*, 2014).

Um estudo nacional que objetivou avaliar a QV de hipertensos comparada à de não hipertensos, através do instrumento SF36, constatou que o grupo controle de normotensos obteve, em todos os domínios, médias mais altas quando comparado ao grupo de hipertensos (CARVALHO *et al.*, 2013).

Corroborando Melchior *et al.* (2010), afirmam que os fatores essenciais que interferem na QV dos pacientes hipertensos são as complicações da doença e os efeitos adversos dos medicamentos. Os autores observaram ainda que verificar a QV pode ser benéfico na escolha do melhor tratamento.

Desta maneira, a QV pode ser utilizada como indicador nas avaliações terapêuticas, pois reflete sua contribuição para a sensação de bem-estar, e estima o impacto físico e psicossocial que ocasionam nas pessoas, além de possibilitar a compreensão sobre a condição de estar doente e/ou adaptação do paciente (SONI; WEISBORD; UNRUH, 2010; CARVALHO *et al.*, 2012).

O aumento da expectativa de vida possibilita maiores chances de desenvolver uma patologia crônica e prejuízos na QV, o que torna esta mais valorizada (CARVALHO *et al.*, 2013). Portanto, planejar ações de cuidado junto com os pacientes e seus familiares contribuem para a sensibilização e motivação no gerenciamento do autocuidado visando a promoção da qualidade de vida (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011). Assim, incluir a rede social do indivíduo com hipertensão arterial pode ser uma estratégia na melhoria da QV (TAVARES; SILVA, 2013).

3.1.5 Apoio Social

Os termos rede social e apoio social possuem definições distintas, porém análogas. O conceito de rede social segundo Sluzki (1997, p.41), é “a soma de todas

as relações que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade”, e o apoio social “trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas” (VALLA, 1999, p.10).

Percebe-se que o termo rede social diz respeito a algo amplo, enquanto o apoio social se limita as relações percebidas e avaliadas pelo indivíduo nos diversos domínios de sua vida (MARQUES *et al.*, 2011). Assim, o apoio social tem sido referenciado como uma estratégia fundamental para a aderência ao tratamento de pessoas com doenças crônicas, vez que estes têm melhores condições para o enfrentamento da patologia (TAVARES; SILVA, 2013).

A rede social influencia positivamente na saúde e bem-estar das pessoas, mas, a organização e gestão do sistema de saúde, ainda hoje, encontra seus serviços, ações, programas e práticas fragmentados, o que acarreta num desencontro das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013a).

Por conseguinte, conhecer os tipos de apoio social oferecidos pela rede possibilita melhor direcionamento para o atendimento da população (TAVARES; SILVA, 2013), visto que, o cuidado integral só é realizado quando organizado em rede, no qual cada serviço tem papel fundamental para a aquisição desse (MALTA; MERHY, 2010).

Desta maneira, ao se tratar do processo saúde-doença é importante observar que tanto os fatores individuais, hábitos de vida e fatores genéticos, como os comunitários, condição de vida, acesso aos serviços de saúde, rede e apoio social, interferem no adoecimento das pessoas (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Ao pesquisar sobre a avaliação do apoio social Gonçalves *et al.* (2011), observaram um aumento atual no número de estudos brasileiros sobre a temática, relacionados especialmente sobre doença, crise desenvolvimental e vulnerabilidade física e/ou social. Os autores identificaram que para avaliar o apoio social foram utilizadas escalas ou inventários, sendo as mais empregadas a Escala de Apoio Social do Estudo Pró- Saúde, o Questionário de Apoio Social de Saranson, e a Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids.

A escala de Apoio Social do Estudo Pró-Saúde foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira devido à falta de instrumentos nacionais com tal finalidade.

Através da verificação do constructo da escala observam-se três dimensões de apoio: interação social positiva/apoio afetivo; apoio emocional/de informação; e apoio material, com os quais Griep *et al.* (2005), confirmaram as suposições de que indivíduos menos solitários, com melhor estado de saúde, e participação assídua em atividades em grupo possuem maior percepção de apoio social.

Desta maneira, ao avaliar o efeito da educação dirigida as redes sociais, no intuito de melhorar a hipertensão em afro-americanos, Shaya *et al.* (2013), notou que fortalecer as redes sociais podem intervir na redução das disparidades de saúde, já que os autores perceberam reduções dos níveis pressóricos, controle da diabetes e tabagismo com esta intervenção. Assim, ao construir princípios de confiança e reciprocidade, as redes sociais facilitam o intercâmbio de recursos de melhoria de vida.

Os mecanismos de apoio desencadeados pelas redes sociais promovem um aumento da sustentação de hábitos de vida saudáveis e adesão ao tratamento das doenças crônicas (SHAYA *et al.*, 2013). Ao identificar quais são os indivíduos presentes na rede social de hipertensos que atuam como suporte/ajuda durante a doença e seu tratamento foram observados relatos de redes informais como família, amigos, colegas de trabalho e da crença religiosa, e da rede formal representada pelos profissionais de saúde. Apesar disso, sobressaiu a rede familiar no auxílio e apoio ao paciente com hipertensão (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Enfatiza-se que os múltiplos aspectos que originam uma rede de apoio social giram em torno de seus contextos, no estudo de Tavares e Silva (2013), foi caracterizado o da saúde, no qual os autores reconheceram o apoio social como emocional, referenciado pelos sentimentos de afeto, amor, gratidão, reconhecimento, simpatia, respeito, preocupação e dedicação. O apoio informacional que se distinguiu por meio de aconselhamentos, sugestões e orientações, e o apoio instrumental ou ajuda material evidenciadas pelo auxílio financeiro, operacional e os relacionados com os serviços de saúde.

Assim, ressalta-se a importância da rede de apoio social ao paciente com hipertensão arterial, visto esta atuar como proteção e auxílio físico, material e psicossocial. Para tanto faz-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam estas, para habilitá-las no acolhimento destes pacientes. Desta forma, o planejamento das ações de cuidado devem envolver o paciente e sua rede de apoio social no

autogerenciamento da doença e promoção da qualidade de vida (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica de natureza quantitativa. Esta consiste na investigação de métodos e procedimentos científicos, que segundo Demo (1994, p.37), estuda os “paradigmas, as crises da ciência, os métodos e as técnicas dominantes da produção científica”.

A pesquisa metodológica refere-se a elaboração de instrumentos para captar e/ou intervir na realidade, pois fornece caminhos, formas, elementos e procedimentos para atingir determinado fim. No qual, a sugestão e estabelecimento de critérios são sua principal contribuição para estudos posteriores, através da criação de fluxogramas, lista de passos ou considerações que devem ser respeitadas (TOBAR; YALOUR, 2001).

As investigações e métodos para a obtenção, organização e análise dos dados são descritos pela pesquisa metodológica, que compreende a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Este tipo de pesquisa é indispensável para a disciplina científica, principalmente quando se estuda um novo campo (ABDELAH; LEVINE, 1965; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; POLIT; BECK, 2011).

Desta forma, a intenção da pesquisa metodológica é a organização de “um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance do objetivo do estudo” (POLIT; HUNGLER, 1995, p.126).

A pesquisa metodológica vai ao encontro da proposta deste trabalho, vez que se pretende desenvolver e propor uma escala preditiva de determinantes para complicações de hipertensão arterial sistêmica que auxiliem os profissionais de saúde no atendimento aos portadores de hipertensão arterial.

Para atingir todos os objetivos propostos por essa pesquisa seguiu-se o primeiro passo dos três propostos por Pasquali (1999), para construção de

instrumentos, definidos como procedimentos teóricos, empíricos ou experimentais, e analíticos ou estatísticos.

O primeiro, teórico, consiste na reflexão, interesse, levantamento bibliográfico e análise por peritos (PASQUALI, 1999). Nesta etapa levanta-se as variáveis para compor o instrumento pretendido, assim nesta pesquisa buscou-se todos os possíveis fatores de risco e preditivos descritos pela literatura, sendo que estes constituíram o instrumento de coleta de dados, e após análise estatística elaborou-se a escala com os fatores que tiveram significância estatística para complicação da HAS, etapa desenvolvida nesta tese.

Os demais passos, que não são contemplados nesta pesquisa, propostos por Pasquali (1999), empírico ou experimental baseiam-se na elaboração das instruções para a aplicação do instrumento, decisão de quem vai aplicar e qual será a população alvo. E analítico ou estatístico, que se fundamenta nas análises estatísticas efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido, testes psicométricos, como confiabilidade, validade, entre outros, que serão realizados em estudos posteriores.

4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa iniciou em 2011, e teve duração de 3 anos. O local de realização foi o domicílio dos participantes, cadastrados nas Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Boa Vista, no município de Curitiba, cidade localizada na Região Sul do Brasil, capital do Estado do Paraná, e que conta com 1.851.215 habitantes divididos em 75 bairros (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2014a).

A estrutura da rede municipal de saúde é organizada por nove Distritos Sanitários (DS) e estes subdivididos em 63 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, 46 Unidades de Saúde (US), oito Unidades de Pronto Atendimento, 13 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), sete Centros de Especialidades (Mãe Curitibana, Santa Felicidade, Matriz, Ouvidor Pardiniho, Vila Hauer e Salgado Filho), três Centros de Especialidades Odontológicas, um Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS, 108 Clínicas Odontológicas (integradas as US), dois hospitais municipais, um laboratório municipal, e 67 espaços saúde anexos às US (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2014b).

A realização da pesquisa ocorreu no Distrito Sanitário do Boa Vista (DSBV), pela indicação da Secretaria Municipal de Saúde devido este ser área de atuação da Universidade Federal do Paraná. Este distrito é composto por um Centro Municipal de Urgências Médicas que funciona 24 horas, 18 US, na qual três possuem Estratégia de Saúde da Família, e três CAPS (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2014c).

4.3 POPULAÇÃO DE BASE DO ESTUDO E PLANO AMOSTRAL

A população-alvo foi de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, sendo que a população acessível foi de 21.798 hipertensos cadastrados no DSBV. O estabelecimento do número de hipertensos para compor a amostra foi calculado com base nas informações fornecidas pelo DSBV através do Plano Operativo Anual de 2011.

Neste havia o número total de pacientes hipertensos e o número de inativos para cada um dos quatro níveis: baixo, médio, alto e muito alto risco. Esta classificação de risco é realizada de acordo com o protocolo de hipertensão da Prefeitura Municipal de Curitiba (FIGURA, 1), que segue as diretrizes do Ministério da Saúde (CURITIBA, Prefeitura Municipal, 2004).

CRITÉRIOS	HAS estágio 1 (leve) PAS 140 - 159 ou PAD 90 - 99	HAS estágio 2 (moderada) PAS 160 - 179 ou PAD 100 - 109	HAS estágio 3 (grave) PAS \geq180 ou PAD \geq110
Sem outros fatores de risco	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
1 a 2 fatores de risco	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
3 ou mais fatores de risco e/ou lesões em órgãos-alvo e/ou <i>Diabetes mellitus</i>	ALTO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Condições clínicas associadas	MUITO ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO

PAS - pressão arterial sistólica, PAD - pressão arterial diastólica

Fonte: Brasil, MS, 2001

FIGURA 1 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INDIVIDUAL PARA PESSOAS COM HAS
FONTE: CURITIBA, Prefeitura Municipal (2004)

Como o interesse da pesquisa foi analisar os hipertensos que estavam de fato ativos nas US, foram calculadas as diferenças entre as informações (Total - Inativos) obtendo-se assim o número de pacientes ativos por cada nível da classificação de risco e trimestre, conforme quadro 1.

Unidade 1	BAIXO RISCO				MÉDIO RISCO				ALTO RISCO				MUITO ALTO RISCO			
	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM
TOTAL	586	620	689	682	399	409	423	398	499	497	499	461	136	132	132	128
Inativos	173	205	212	238	107	124	137	137	94	89	102	103	5	0	8	6
Ativos	413	415	477	444	292	285	286	261	405	408	397	358	131	132	124	122

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE HIPERTENSOS ATIVOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E TRIMESTRE, PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA NO DSBV
 FONTE: O autor (2015)

Fez-se a média entre os quatro trimestres, para cada nível, com intuito de garantir a representatividade e proporcionalidade das classificações de risco na amostra. Esta proporção foi calculada dividindo o número médio de pacientes em cada classificação de risco pelo total na US (QUADRO 2).

Classificação de Risco	Unidades de Saúde																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Baixo	0,35	0,34	0,44	0,48	0,36	0,33	0,30	0,45	0,35	0,40	0,48	0,37	0,36	0,47	0,40	0,39	0,46	0,30
Médio	0,23	0,35	0,21	0,27	0,22	0,25	0,25	0,32	0,36	0,31	0,26	0,36	0,31	0,21	0,35	0,38	0,31	0,33
Alto	0,32	0,24	0,21	0,22	0,26	0,24	0,28	0,20	0,25	0,24	0,23	0,23	0,26	0,27	0,21	0,20	0,20	0,27
Muito Alto	0,10	0,07	0,14	0,03	0,16	0,18	0,17	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04	0,07	0,05	0,04	0,03	0,03	0,10
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

QUADRO 2 - PROPORÇÃO DE PACIENTES POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS US DO DSBV PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA
 FONTE: O Autor (2015)

Para o cálculo da amostra (n) foi utilizada a fórmula:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^{16} \frac{N_i^2 P_i (1 - P_i)}{w_i}}{N^2 \left(\frac{B}{Z}\right)^2 + \sum_{i=1}^{16} N_i P_i (1 - P_i)}$$

Onde:

n : Tamanho da amostra;

N_i : Tamanho do estrato i ;

$P_i = 0,5$ (estimativa preliminar da proporção no estrato i);

$w_i = N_i/N$ (peso do estrato i);

N : Tamanho da população;

$B = 0,05$ (margem de erro);

$z = 1,96$ (quantil da distribuição normal para nível de confiança de 95%).

O uso da fórmula geral se deu para estimar a proporção de hipertensos ativos com um determinado atributo, em que a estimativa preliminar desta proporção é de 50% em todas as US, pois não foi possível indicar uma variável de interesse principal para a pesquisa, na qual fosse baseado o cálculo da amostra.

Por fim, fez-se a multiplicação da proporção do Quadro 2 pelo número de hipertensos na amostra por US, obtendo-se assim o número de participantes na amostra por classificação de risco em cada unidade de saúde, como apresentado na Quadro 3.

Classificação de Risco	Unidades de Saúde																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Baixo	13	6	12	12	6	6	8	7	6	6	17	7	12	10	6	9	8	5
Médio	8	7	6	7	4	4	7	3	6	3	9	7	7	5	6	9	5	5
Alto	12	5	6	6	4	4	7	3	4	3	7	5	7	4	3	5	3	4
Muito Alto	4	1	4	1	2	3	5	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
Total	37	19	28	26	16	17	27	13	17	13	34	20	28	20	16	24	17	15

QUADRO 3 - NÚMERO DE PARTICIPANTES NA AMOSTRA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E UNIDADE DE SAÚDE NO DSBV

FONTE: O autor (2015)

Desta forma, para representar a população total foi estipulada uma amostra de 387 participantes do DSBV distribuída por classificação de risco (QUADRO 4). O tamanho da amostra em cada Unidade de Saúde foi proporcional ao número de hipertensos ativos das mesmas, com margem de erro de 0,05 e nível de significância de 95%.

Classificação de Risco	Amostra	Representatividade
Baixo	156	40,3%
Médio	108	27,9%
Alto	92	23,8%
Muito Alto	31	8,0%
Total	387	100%

QUADRO 4 - NÚMERO DE PARTICIPANTES NA AMOSTRA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO DSBV

FONTE: O autor (2015)

Com base no número de participantes na amostra, e respeitando a ordenação natural dos mesmos em lista fornecida pelo DSBV foi realizada uma amostragem sistemática, estratificada com reposição. Para a composição da amostra foi utilizado o número de hipertensos ativos (N) de cada nível em cada unidade de saúde, divididos pelo número de amostra (n) que forneceu um intervalo de amostragem (k). Assim, a pesquisadora realizou um sorteio entre os números 1,2,3,..., k do qual se obteve um início casual (i). Após toda a amostra foi selecionada e composta pelas unidades amostrais, a saber: $i, i+k, i+2k, \dots, i+(n-1)k$. Caso o paciente não expressasse o desejo de participar, ou não fosse encontrado no domicílio tentávamos o contato telefônico, e após três tentativas com o mesmo este era substituído pelo participante $i-1, i+(n-1)k-1$ e assim sucessivamente (BERQUÓ; SOUZA; GOTLIEB, 1985).

Para exemplificar na US número seis, no baixo risco tínhamos 119 pacientes cadastrados como ativos, o n amostral era 6, sendo que a divisão destes resultou no intervalo amostral 19. Após sorteou-se o início casual entre 1 e 19 para estipular o primeiro paciente a compor a amostra, e depois somou-se a este o intervalo amostral novamente, e assim sucessivamente, até completar a amostra para cada nível da classificação de risco das 18 US.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Ser portador de hipertensão arterial sistêmica;
- b) Adulto com idade entre 18 e 60 anos;
- c) Estar classificado como ativo no Programa Informatizado responsável pelo cadastramento e acompanhamento dos portadores de Diabetes e Hipertensão - Sistema HIPERDIA;
- d) Alcançar a pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta (ANEXO 1). Considera-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 (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Não atingir pontuação mínima necessária no MEEM.

4.5.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh em 1975 com o objetivo de examinar as funções mentais cognitivas de maneira prática no dia-a-dia, para diferenciar quadros psiquiátricos de origem funcional e orgânica. Este é um teste simplificado de avaliação clínica do estado cognitivo, que examina a orientação temporal, espacial, memória de curto prazo e evocação, cálculo, praxia e habilidade de linguagem e viso-espacial. O teste inclui 11 questões com escores que variam de 0 a 30 pontos e pode ser utilizado de maneira rápida para identificar

prováveis demências, pois apresenta critérios altamente sensíveis à deterioração cognitiva moderada e grave, contudo a sensibilidade decresce significativamente para os graus mais leves ou iniciais de declínio (FOLSTEIN, 1998).

No Brasil o MEEM foi traduzido por Bertolucci *et al.* (1994), para a avaliação de 530 pacientes na triagem médica de um hospital-escola no Estado de São Paulo. Os autores verificaram que a idade não interferiu nos escores alcançados, porém os níveis de escolaridade tiveram diferenças significantes entre si, o que possibilitou estipular valores de corte para quatro níveis de escolaridade.

O MEEM pode ser aplicado por profissionais de saúde, de outras áreas do conhecimento e por pessoas leigas, após treinamento, e demanda cerca de cinco a dez minutos para sua realização. Este pode ser utilizado para rastrear a perda cognitiva ou avaliar a cognição na beira do leito, porém não pode ser utilizado para diagnosticar demência (CHAVES *et al.*, 2011).

4.6 COLETA DE DADOS

4.6.1 Procedimentos para Coleta de Dados

Num primeiro momento foi realizado um treinamento entre a pesquisadora, a orientadora e cinco bolsistas de Iniciação Científica. Neste encontro foi explicitado o objetivo da pesquisa e realizada a leitura e o entendimento de cada questão do roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1) e dos instrumentos complementares, a saber: escala de apoio social adaptada transculturalmente da *Medical Outcomes Study* pelo grupo de Estudos Pró Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (ANEXO 2), inventário de depressão e ansiedade de Beck (ANEXO 3 e 4), questionário de qualidade de vida SF 36 (ANEXO 5), e o instrumento *Brief Medication Questionnaire* (ANEXO 6).

Todos foram orientados a pré-testar o questionário com pelo menos três pessoas cada, para identificar as possíveis dúvidas e estimar o tempo médio da entrevista. Após esta atividade foi realizado outro encontro para verificar as dificuldades que apareceram, assim como foram inclusas as variáveis situação

conjugal e número de filhos. O tempo médio estimado foi de 45 minutos a uma hora para realização do questionário completo.

Após aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e da Prefeitura Municipal de Curitiba, assim como realizado o treinamento e estabelecimento da amostragem, a pesquisadora se reuniu com o gerente do DSBV para comunicar o início da coleta de dados. Desta forma, o gerente enviou uma cópia do projeto de pesquisa e um informe via *email* a fim de notificar o início da coleta de dados para todas as responsáveis das US.

No entanto, antes de iniciar a coleta de dados em cada US a pesquisadora conversou com as responsáveis destas e mostrou a listagem dos pacientes sorteados, para confirmação do endereço e o fornecimento do contato telefônico. Assim caso houvesse alguma alteração como mudança de distrito, morte ou desligamento do Programa, antes de ir a campo, já era efetuada a substituição e quando necessário, solicitava o acompanhamento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), principalmente nas regiões com áreas de risco.

A coleta de dados ocorreu de maio de 2013 a abril de 2014, no período da tarde de segunda a sexta feira. Ao se deparar com o paciente sorteado primeiramente era explicado os objetivos da pesquisa e com o aceite procedia a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE 2), somente após iniciava-se a entrevista, estas ocorreram sempre com no mínimo dois entrevistadores. Ao final da entrevista, aguardava-se 5 minutos para a realização da aferição da pressão arterial e a circunferência abdominal.

Foram substituídos 170 pacientes, 43,9% da amostra, sendo três por não atingirem a pontuação mínima no MEEM, dois por retirarem o consentimento após a realização da entrevista, e os demais não foram encontrados no domicílio, mesmo após três tentativas, ou possuíam idade superior a 60 anos no momento da coleta. Em média foram visitados 2,4 domicílios para realizar uma entrevista.

4.6.2 Roteiro de entrevista semiestruturada

O roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1) foi elaborado pela pesquisadora, a fim de captar informações sobre os aspectos sociodemográficos e

dos fatores de risco para HAS. Este foi pré-testado e ajustado conforme a necessidade. A descrição das variáveis encontra-se a seguir:

4.6.2.1 Variáveis utilizadas:

Variáveis sociodemográficas e econômicas

- Idade: autodeclarada, em anos completos;
- Sexo: categorizado em masculino e feminino;
- Estado conjugal autodeclarado, categorizado em: solteiro(a), casado(a)/amasiado(a), separado(a)/divorciado(a) e viúvo(a);
- Número de filhos autodeclarado;
- Escolaridade autodeclarada, classificada em 1^a a 4^a série, 5^a a 8^a série, 2^o grau, 3^o grau, sem escolaridade;
- Religião autodeclarada;
- Profissão/Ocupação e tempo de serviço autodeclarado;
- Salário do entrevistado autodeclarado, em reais;
- Renda familiar, autodeclarada, categorizada em menos de um salário mínimo, de um a três, de três a cinco e mais de cinco salários mínimos;
- Condições habitacionais, caracterizada como própria, alugada, emprestada/cedida; e número de cômodos;
- Situação da habitação, categorizada em alvenaria, madeira e mista;
- Presença de rede de esgoto, água tratada, rede elétrica, coleta de lixo e rua asfaltada, autodeclarados;
- Número de moradores no domicílio, autodeclarado.

Variáveis referentes aos fatores de risco

- Peso corporal em quilogramas, e estatura em metros, autodeclarada;
- Circunferência abdominal (CA), obtida pela aferição, com fita métrica não flexível, na altura da cicatriz umbilical. Considerou-se os valores menores a 102 centímetros (cm) para os homens e 88 para as mulheres, como normais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010);
- Índice de Massa Corporal (IMC), foi obtido com o resultado da divisão do peso, em quilogramas, pela estatura, em metros, ao quadrado (kg/m^2). Os valores foram classificados conforme Brasil (2001): baixo peso ($\text{IMC} < 18,5\text{kg}/\text{m}^2$), peso normal (IMC

$\geq 18,5$ e $< 25\text{kg/m}^2$), sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$ e $< 30\text{kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$);

-Atividades de lazer autodeclarado, nesta variável foram consideradas ações como viagens, passeios, atividades em grupo/religiosos, reunião com familiares/amigos, atividades manuais e trabalhos voluntários;

-Estresse, autodeclarado, foi através da percepção do entrevistado sobre manifestações de ansiedade e/ou nervosismo diante das situações diárias;

-Tabagismo, foi considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente (OPAS,1995). A categorização foi autodeclarada em fumante, ex-fumante quem há mais de um ano não fuma, e não fumante;

-Ingestão de bebida alcoólica, a ingesta moderada caracteriza-se por uma dose ou menos por dia para mulheres e duas doses ou menos por dia para homens. Uma dose é definida como 360 mililitros (ml) de cerveja, 150 ml de vinho ou 45 ml de bebida destilada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). A categorização foi autodeclarada em etilista, ex-etilista quem há mais de um ano não bebe, e não etilista;

-Uso de pílula anticoncepcional autodeclarada quando mulher, classificada em atual ou uso anterior;

-Obesidade, classificada pelo resultado $\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$;

-Atividade física autodeclarada, foi considerada quando o entrevistado movimentar-se com a intenção de se exercitar para melhorar sua saúde, condição física, ou com objetivo estético e/ou lazer, ao menos três vezes por semana com duração mínima de 30 minutos. Serão excluídas as atividades restritas somente ao ambiente domiciliar;

-Antecedentes familiares autodeclarado, se o entrevistado possui ou não parentes de primeiro e segundo grau afetados por alguma patologia cardiovascular;

-Hábitos alimentares autodeclarados, foram considerados o número de refeições realizadas, os alimentos mais consumidos (pão, manteiga/margarina, frios como queijo e presunto, café, leite, chá, bolo, arroz, feijão, macarrão, salada, legumes, carne vermelha, carne magra como peixe e frango, ovo, fruta, e outros) e a frequência destes;

-Tratamento complementar autodeclarado, considera-se os tratamentos que diferem do modelo biomédico tradicional como homeopatia, acupuntura, fitoterapia com chás ou tinturas de ervas ou plantas, massagens, simpatias e cura espiritual;

-Ocorrência de complicações resultantes da hipertensão arterial como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Insuficiência Renal e Retinopatia hipertensiva, autodeclaradas;

-Internações no último ano devido à hipertensão arterial, autodeclaradas. Último ano referente ao ano anterior ao da realização da entrevista;

-Aferição da pressão arterial, pela medida automatizada utilizando-se Monitor de Pressão Arterial RF300, da marca *G-Tech®*, com registro na ANVISA 10385180032, devidamente calibrado e certificado pelo INMETRO. O procedimento foi realizado com base nas orientações da VI Diretrizes de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), a seguir:

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Manter repouso por pelo menos cinco minutos;
3. Evitar bexiga cheia;
4. Certificar-se de que o paciente não praticou exercício físico há pelo menos 60 minutos antes;
5. Manter o paciente sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso encostado na cadeira e relaxado;
6. Apoiar o braço, no qual será aferida a pressão, na altura do coração – nível médio do esterno ou quarto espaço intercostal – com a palma da mão para cima e cotovelo levemente fletido, e livre de roupas;
7. Instruí-lo para não conversar durante a medida;

Medida da pressão arterial:

1. Posicionar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folgas;
2. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
3. Pressionar o botão de insuflação do aparelho;
4. Informar ao paciente os valores da pressão arterial obtidos;
5. Anotar os valores.

A categorização da pressão arterial foi conforme as VI Diretrizes de Hipertensão Arterial.

TABELA 2 - CLASSIFICAÇÃO DOS VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Classificação	Pressão Arterial (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010)

4.6.3 Escala de apoio social

A escala de apoio social (ANEXO 2) foi adaptada transculturalmente da *Medical Outcomes Study* pelo grupo de Estudos Pró Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e sua utilização autorizada pelo responsável (ANEXO 7). Esta contém 19 itens divididos em cinco dimensões funcionais de apoio social, a saber: material (quatro perguntas), afetivo (três perguntas), emocional (quatro perguntas), interação social (quatro perguntas) e informação (quatro perguntas).

Cada item tem cinco opções de resposta, que variam de 1 (nunca) e 5 (sempre), o escore é calculado pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo escore máximo na mesma dimensão, o resultado dessa divisão é multiplicado por 100. A avaliação entre apoio social “alto” ou “baixo” é estabelecido pela mediana do ponto de corte (GRIEP *et al.*, 2003; 2005).

4.6.4 Inventário de depressão de Beck (BDI)

O Inventário de depressão de Beck (ANEXO 3) foi elaborado para analisar a intensidade da depressão, é um instrumento auto aplicável e muito utilizado na pesquisa clínica, por apresentar discriminação da sintomatologia depressiva, como

tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, culpa, punição, falta de satisfação, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Assim, com este instrumento é possível medir os elementos constitutivos da depressão em indivíduos sem diagnóstico clínico, através de 21 itens com sintomas e atitudes que descrevem as manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. A avaliação é realizada em escala de quatro graus de intensidade: menor que dez = sem depressão ou depressão mínima; de dez a 18 = depressão leve a moderada; de 19 a 29 = depressão moderada a grave; e de 30 a 63 = depressão grave (BECK *et al.*, 1988; GORESTEIN; ANDRADE, 1998). No Brasil o BDI foi traduzido por Gorestein e Andrade em 1998, para diferentes amostras.

4.6.5 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de ansiedade de Beck (ANEXO 4) é um instrumento auto aplicável que objetiva avaliar a intensidade de sintomas de ansiedade, através de 21 itens que refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas de ansiedade e avaliados em quatro graus de intensidade (BECK *et al.*, 1988; ANDRADE; GORESTEIN, 1998; CUNHA, 2001).

No Brasil o BAI foi traduzido por Cunha (2001) e a avaliação recomendada por este respeita os seguintes pontos de corte: até dez = ansiedade mínima; de 11 a 19 = ansiedade leve; de 20 a 30 = ansiedade moderada; e de 31 a 63 = ansiedade grave. Ressalta-se que a utilização da escala possibilita diferenciar ansiedade e depressão.

4.6.6 Questionário de qualidade de vida SF36

O Questionário de qualidade de vida SF36 (ANEXO 5) é a versão em português do *Medical Outcomes Study 36 – item Short-Form Health Survey*, sendo este um instrumento de fácil administração e compreensão. O SF36 é multidimensional formado por 36 itens, conglomerados em oito domínios: capacidade funcional com dez questões, aspectos físicos com quatro, dor com duas questões, estado geral de saúde com cinco, vitalidade quatro, aspectos sociais duas questões, aspectos emocionais três, saúde mental com cinco e uma questão sobre a avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás (CICONELLI *et al.*, 1999).

No Brasil o SF36 foi traduzido por Ciconelli *et al.* (1999), com uma amostra de pacientes portadores de artrite reumatóide, e a avaliação é por escores de zero a 100, no qual o valor mínimo corresponde ao pior estado geral de saúde e o máximo ao melhor estado de saúde para cada domínio, estes possuem valores diferenciados para as respostas das questões (APÊNDICE 3). Vale ressaltar que o instrumento demonstra a capacidade dos pacientes em realizar determinadas tarefas e como se sentem praticando-as.

4.6.7 *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)

O instrumento *Brief Medication Questionnaire* (ANEXO 6) é dividido em três domínios que identificam os empecilhos à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso no tratamento da doença crônica. Para avaliação considera-se um escore maior ou igual a 1 em cada um dos domínios, que indicam potencial de não adesão devido ao regime, às crenças e à recordação (SVARSTAD *et al.*, 1999). Nesta pesquisa o escore ≥ 1 foi considerado critério para classificação de não adesão.

No Brasil, o BMQ foi utilizado pelos autores Ben, Neumann e Mengue em 2012, ao realizarem um estudo com 206 pacientes hipertensos para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso. A avaliação foi realizada com o escore obtido em cada domínio e comparando-os com as prescrições recebidas e registradas nos prontuários, e/ou trazidos pelos pacientes (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

4.7 LIMITAÇÕES DA COLETA DE DADOS

Algumas limitações foram encontradas no período da coleta de dados, primeiramente a delimitação da pesquisa em um distrito sanitário, visto que a intenção da pesquisadora e da orientadora era de realizar no município como um todo. A restrição de acesso aos prontuários dos participantes a pedido de um dos comitês de ética, pois impossibilitou a busca por algumas variáveis que ficam restritas aos serviços de saúde. A demora nos trâmites de aprovação ética, que gerou atraso no início da coleta de dados, e conseqüentemente dificultou encontrar alguns pacientes devido a listagem fornecida ser referente ao ano de 2011 e a coleta ter sido realizada em 2013 e 2014, deste modo alguns pacientes já tinham mudado de residência ou falecido.

O horário em que eram realizadas as entrevistas, durante a semana no período da tarde, foi outra limitação pois muitos estavam trabalhando. A idade dos pacientes no momento do sorteio em 2013 foi de 18 a 60 anos, contudo alguns no momento da realização da entrevista já estavam com idade superior a 60 anos, o que aumentou o número de substituições.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, máximos e desvios padrões. As qualitativas foram descritas por frequências e percentuais. Para avaliação da associação entre variáveis qualitativas e a presença de complicação foi considerado o teste exato de *Fisher* ou o teste de Qui-quadrado. A comparação dos grupos de pacientes sem complicação e com complicação em relação às variáveis quantitativas foram realizadas usando-se o teste *t de Student* para amostras independentes ou o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*. A avaliação da associação entre duas variáveis quantitativas foi estimada pelo coeficiente de correlação de *Spearman*.

As variáveis idade, número de medicamentos e os domínios do SF36 físico e mental foram recategorizados após avaliação pela curva ROC, visto esta representar a relação entre sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico quantitativo.

A avaliação conjunta de fatores associados à presença de complicação (análise multivariada) foi ajustada a um modelo de Regressão Logística (*stepwise backward* com probabilidade 0,05 para entrada e 0,10 para saída de variáveis). Após o ajuste a significância das variáveis foi avaliada considerando-se o teste de *Wald*. Como medida de associação, foram estimados os valores de *odds ratio* (OR) com intervalos de 95% de confiança. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

A escala de avaliação de risco de ter complicações foi construída considerando-se, proporcionalmente, os valores de OR das variáveis incluídas no modelo multivariado ajustado. Em todos os testes estatísticos, valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS® *Statistics* v.20, e apresentados em tabelas, quadros e figura.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, CAAE: 07444512.0.0000.0102 / parecer 220.068 (ANEXO 8), e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná (ANEXO 9).

Os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a inclusão de cada um ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) respeitando o anonimato, conforme as Resoluções 196/96 e 466/2012, vez que esta pesquisa se deu no período de transição destas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As características sociodemográficas e econômicas dos 387 participantes estão apresentadas na Tabela 3. Observou-se predomínio de mulheres (76,2%), católicas (64,0%), casadas (68,7%), com até três filhos (82,4%), com menos de oito anos de escolaridade (65,1%), renda familiar até três salários mínimos (57,3%), em habitação própria (78,6%) e com até três moradores no domicílio (62,5%).

As idades variaram entre 23 a 60 anos, com média de 52,9 anos (DP 6,7 anos). Em relação à profissão/ocupação, 115 (29,7%) entrevistados são do lar, 31 (8,0%) são domésticas e/ou diaristas, 33 (8,5%) são autônomos, 71 (28,4%) são aposentados ou pensionistas da seguridade social, 19 (4,9%) recebiam auxílio doença e 118 (30,5%) realizavam atividades com vínculo empregatício.

A média salarial dos entrevistados dessa pesquisa foi de 1,3 salários mínimos ou 947,3 reais, referência do salário mínimo nacional no período da coleta de dados era 724,00 reais. Com relação aos trabalhadores no domicílio, 52 não tinham membro familiar exercendo atividade remunerada, 262 possuíam até dois familiares contribuindo com a renda familiar e 73 tinham mais de três familiares.

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS HIPERTENSOS

VARIÁVEL	QUANTIDADE (n)	PERCENTUAL (%)
Religião		
Católico	197	64,2
Evangélico	84	27,3
Sem religião	10	3,2
Outros	17	5,3
Sexo		
Masculino	92	23,8
Feminino	295	76,2
Anos de estudo		
Sem estudo	14	3,6
1 a 4 anos	130	33,6
5 a 8 anos	108	27,9
Acima de 8 anos	135	34,9
Estado Civil		
Solteiro(a)	52	13,4
Casado(a)/Amasiado(a)	266	68,8
Divorciado(a)/Separado(a)	34	8,8
Viúvo(a)	35	9,0
Nº de filhos		
0	37	9,6
1	59	15,2
2	134	34,6
3	89	23,0
>4	68	17,6
Renda Familiar		
Não possui renda	1	0,3
<1 salário mínimo	18	4,7
1 a 3 salários mínimos	202	52,3
3 a 5 salários mínimos	120	31,0
>5 salários mínimos	45	11,7
Habitação		
Própria	304	78,6
Aluguel	47	12,1
Emprestada	36	9,3
Nº de cômodos		
Até 3	33	8,6
4 a 6	194	50,1
7 a 10	132	34,1
Acima de 10	28	7,2
Nº de moradores		
Até 3	242	62,5
4 a 6	129	33,2
Acima de 6	16	4,3

FONTE: O autor (2015)

As características sociodemográficas e econômicas dessa pesquisa são semelhantes com os perfis encontrados em estudos nacionais e internacionais sobre a temática doença crônica. Um estudo realizado em São Paulo capital, com o objetivo de analisar a validade da hipertensão auto referida e fatores associados em adultos e idosos, observaram predomínio de mulheres (63,2%), adultos (51,2%), com menos de nove anos de escolaridade (60,8%), e renda familiar per capita superior a um salário-mínimo (61,1%) (SELEM *et al.*, 2013).

O estudo de Martins *et al.* (2014), realizado em Montes Claros, estado de Minas Gerais, verificou um perfil de mulheres (70,7%), com idade entre 40 a 49 anos (42,1%), não ativas economicamente (70,0%), residindo com pelo menos cinco moradores (77,1%), em domicílio próprio (77,1%). Ao identificar as ações de cuidado que os familiares de doentes crônicos executam para si Siemens *et al.* (2014), observaram um perfil de mulheres (67,0%), casadas (68%), até quatro anos de estudo (44,0%), com renda familiar de um a três salários mínimos (57,0%), e católicas (66,0%).

Conhecer a interferência da família na adesão a terapêutica do paciente com HAS constatou-se como características da população estudada, sexo feminino, idade entre 50 e 69 anos, católicos, aposentados, casados, com quatro anos de estudo, residindo em casa própria, com mais de um morador, e com renda mensal média de 1 a 2 salários mínimos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Ao investigar a associação independente da circunferência abdominal com hipertensão e diabetes em mulheres afro-americanas, o perfil encontrado foi de pessoas casadas (49,7%), com idade média de 53,6 anos (DP 13,8), e com pelo menos alguma educação universitária (60,6%) (WARREN *et al.*, 2012). Em outro estudo com o objetivo de analisar o perfil psicológico da hipertensão realizado na Espanha, observaram 54,4% de participantes do sexo feminino, com média de idade de 54,2 anos (DP 8,2), 83,0% casados, e 69,0% com até oito anos de estudo (UCEDA *et al.*, 2013).

Em âmbito nacional, a hipertensão arterial sistêmica tem relação diretamente proporcional com a idade, no qual estima-se um risco para esta condição de 25% acima dos 40 anos, e 60% acima dos 65. A prevalência entre homens e mulheres é semelhante, ainda que até os 50 anos acredita-se que acomete mais o sexo masculino, e a partir desta idade ocorre uma inversão, fato corroborado por esta pesquisa, vez que a média de idade foi superior a 50 anos e maioria mulheres. E em

relação aos aspectos socioeconômicos observa-se prevalência maior entre indivíduos com menor escolaridade, assim como nesta pesquisa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A classificação do risco de mortalidade cardiovascular nos países europeus, definido pelas *Guidelines* de 2013 da *European Society of Hypertension* (ESH) e *European Society of Cardiology* (ESC) para o tratamento da HAS tem como base alguns fatores como sexo masculino e idade (homens com 55 anos ou mais e mulheres 65 anos ou mais), contudo destaca-se a representação das mulheres em 44% dos estudos clínicos aleatórios de hipertensão, mas evidencia-se que a questão do sexo masculino e feminino não obtenham diferentes níveis de proteção em relação aos níveis pressóricos (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Infere-se que a elevada prevalência de mulheres nos estudos nacionais podem estar associadas a maior procura destas pelos serviços de saúde, vez que são mais atentas aos sinais e sintomas manifestados pelo seu corpo. Corroborando na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2008, estimou a proporção de consultas médicas nos últimos 12 meses, e verificou-se que 81% das mulheres procuraram o serviço enquanto que os homens menos de 60%.

Quanto aos aspectos econômicos Leigh e Du (2012), observaram que os baixos salários são fatores de risco para hipertensão, principalmente em mulheres com idades entre 25 e 44 anos, assim o simples fato de dobrar o valor salarial foi pertinente com a chance de 25 a 30% de diminuição da pressão arterial nesta mesma população.

Acredita-se que a situação financeira do paciente hipertenso interfere diretamente na terapêutica e na interação familiar devido aos custos advindos da aquisição de medicamentos e das necessidades acrescidas, como a dificuldade de locomoção do paciente e acompanhante familiar as consultas, principalmente quando se faz necessário ir a outro município, os custos da alimentação saudável, entre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A dificuldade de adesão ao tratamento devido aos custos desse também foi citado por Ulbrich e Mantovani (2014), no qual a importância da alimentação saudável e redução do peso corporal foram preocupações referidas pelos participantes do estudo, mas que nem sempre são acatadas pelos gastos associados.

Em relação aos fatores de risco 51,9% eram obesos (TABELA 4 e 5), 25,1% não realizavam atividades de lazer nos momentos de folga, 58,7% se declararam estressados, destes 49,3% relataram como motivo do estresse a questão familiar, 36,6% financeiro, 51,5% saúde/doença, e 30,0% outros motivos. As atividades físicas regulares foram mencionadas por 42,9%, sendo que 60% praticavam três vezes ou mais por semana. Os exercícios mais citados foram: caminhada (74,1%), ginástica aeróbica (10,2%), e outros (25,9%), e somente 27,9% tinham acompanhamento profissional.

TABELA 4 - DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS HIPERTENSOS

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Peso	385	80,9	79,0	40,0	144,0	17,6
Altura	387	1,6	1,6	1,4	1,9	0,1
CA	384	104,2	104,5	62,0	149,0	15,5
CA – masculino	92	107,1	106,0	63,00	144,0	15,7
CA – feminino	292	103,3	104,0	62,0	149,0	15,4
IMC	385	30,5	30,0	17,6	59,8	6,0

FONTE: O autor (2015)

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO FATORES DE RISCO

VARIÁVEL	QUANTIDADE (n)	PERCENTUAL (%)
IMC		
Abaixo de 25 kg/m ²	75	19,5
Entre 25 kg/m ² e 30 kg/m ²	115	29,9
Acima de 30 kg/m ²	195	50,6
Atividade de lazer (AL)		
Não	97	25,1
Sim	290	74,9
Frequência de AL		
1 semana	50	17,4
Mais de 1 semana	153	53,3
1 mês	40	14,0
2 meses	19	6,6
Raramente	25	8,7
Estresse		
Sim	227	58,7
Não	160	41,3
Atividade Física (AF)		
Sim	166	42,9
Não	221	57,1
Frequência AF		
1x por semana	19	12,3
2x por semana	43	27,7
3x ou mais por semana	93	60,0
Qual atividade física*		
Caminhada	123	74,1
Musculação	14	8,4
Ginástica aeróbica	17	10,2
Dança	04	2,4
Outros	25	15,1
Tabagismo		
Sim	62	16,1
Não	200	51,8
Anteriormente	124	32,1
Tempo (tabagismo)		
Abaixo de 1 ano	10	5,5
De 1 a 5 anos	29	15,8
De 6 a 10 anos	20	10,9
Acima de 10 anos	124	67,8
Etilismo		
Sim	15	3,9
Não	342	88,3
Anteriormente	30	7,8
Tempo (etilismo)		
Abaixo de 1 ano	1	2,2
De 1 a 5 anos	9	20,0
De 6 a 10 anos	7	15,6
Acima de 10 anos	28	62,2
Anticoncepcional		
Sim	55	19,2
Não	70	24,4
Anteriormente	162	56,4

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Percentual calculado sobre o total de participantes que afirmavam praticar atividade física (n= 166)

Ao estudar imigrantes Filipinos no nordeste dos Estados Unidos, os autores Ursua *et al.* (2013), perceberam alguns fatores de risco para hipertensão arterial como sedentarismo, obesidade, devido aos altos índices de IMC, estresse e o tempo de residência nos Estados Unidos. Os hábitos alimentares pouco saudáveis devido às mudanças culturais, e o estresse decorrente deste processo se elevaram com o tempo que permaneceram fora do país natal, além de muitas vezes os Filipinos sofrerem discriminações, sendo estes alguns dos possíveis motivos para a ocorrência dos altos índices dos fatores de risco da HAS nessa população.

Em Portugal ao investigarem a prevalência dos principais fatores de risco cardiovascular, constataram 19.856 (51,6%) da amostra com obesidade ou excesso de peso, 9.124 (23,5%) se declararam hipertensos, 7.929 (19,7%) com hipercolesterolemia, 3.458 (8,9%) relataram ter diabetes mellitus, e 6.282 (16,3%) eram tabagistas. Observou-se a hipertensão mais elevada em pessoas obesas mórbidas ($IMC >$ ou igual 40 kg/m^2) e que não praticavam exercícios físicos regularmente (PERDIGÃO *et al.*, 2011).

Acredita-se que um adulto ao aumentar $2,4 \text{ kg/m}^2$ no IMC, mesmo os que são fisicamente ativos, adiciona as chances de desenvolver hipertensão, sendo importante frisar que a obesidade central também tem uma relação positiva com a doença em questão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Assim, faz-se necessário a verificação da circunferência abdominal, que nesta pesquisa (TABELA 4) a média foi de 103,3 para o sexo feminino e 107,1 para o masculino, valores estes superiores para os padrões preconizados neste trabalho (homens $<102 \text{ cm}$; e mulheres $< 88 \text{ cm}$).

Este fato é reforçado por Warren *et al.* (2012), ao afirmarem que a gordura localizada na região do abdome tem maior poder de predizer o risco cardiovascular do que o IMC, visto identificarem um risco cinco vezes maior na relação entre CA e as doenças crônicas, hipertensão e diabetes, em mulheres afro-americanas. Desta maneira, a alta CA possibilita complicações advindas da obesidade, e das relacionadas às doenças crônicas.

Em contrapartida, um estudo com hipertensos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Ituaçu-BA, encontrou a CA dentro dos padrões de normalidade e o IMC médio de 27,35 (DP4,87), sendo os pacientes classificados com sobrepeso, e no qual 54,7% eram sedentários, 73,4% relataram níveis de estresse moderado a alto, e 53,2% não tinham controle da pressão arterial. Contudo, dentre os

fatores de risco avaliados pelo estudo somente a atividade física teve influência no controle dos níveis pressóricos (MAGALHÃES *et al.*, 2014).

Analisar as indicações para a prática de exercício em indivíduos saudáveis e em portadores de doenças crônicas não transmissíveis, na literatura mundial, Mendes, Sousa e Barata (2011), evidenciaram a falta de atividade física como fator determinante para as principais patologias de longa duração, sendo esta ação caracterizada como fonte de prevenção e terapêuticas das doenças crônicas. Desta forma, os autores acreditam que é necessário no mínimo 150 minutos de exercício aeróbico moderado por semana, porém não deve-se desconsiderar os exercícios vigorosos e de fortalecimento muscular, ao menos duas vezes por semana.

Ao estudar familiares de pacientes hipertensos internados Siemens *et al.* (2014), verificaram que 28% dos familiares mudaram os hábitos em função do diagnóstico ou internação do paciente, sendo os cuidados alterados a redução do peso e a dieta hipossódica. Porém a prática de exercícios físicos, estresse e a consulta médica frequente foram os cuidados com menor aderência pelos familiares. As mudanças em alguns aspectos da vida foram decorrentes de sentimentos vivenciados com o paciente doente, como preocupação, medo, tristeza e não aceitação.

Com o objetivo de reconhecer o apoio social na manutenção, tipo e tempo da atividade física de lazer em adultos Oliveira *et al.* (2014), perceberam que 81,0% das pessoas do sexo feminino realizavam individualmente atividade física de lazer, e 19,0% em grupos, sendo que 41,0% mantinham mais de três horas semanais. E ao acompanhar os participantes por dois anos, notou-se que 25,4% dos homens e 32,7% das mulheres mantiveram as atividades físicas de lazer.

A dificuldade e/ou falta de interesse em exercitar-se diariamente é percebida na população de doentes crônicos, e as principais razões identificadas foram dor, falta de companhia e falta de tempo (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). Contudo, enfatiza-se a importância da prática física correta e regular para resultar em controle eficaz dos níveis pressóricos, e manutenção do peso corporal adequado, sendo esta acompanhada por um profissional da educação física qualificado, fato constatado no estudo de Bezerra, Silva e Gomes (2011).

Em relação ao estresse emocional este deve ser um aspecto que os profissionais de saúde precisam estar atentos, os quais juntamente com os fatores psicossociais, econômicos, e educacionais contribuíram para o desenvolvimento e

sustentação da HAS, assim como proporcionou empecilhos na adesão ao tratamento e mudança de hábitos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O estresse se constitui em uma reação do organismo perante alguma condição, positiva ou negativa, e que culmina em “aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial, sudorese, boca seca, tensão muscular e a sensação de estar alerta”, sendo esta uma situação inevitável ao ser humano (LIMA JR, 2010, p.145).

Ao identificar a possibilidade de estresse de pacientes com hipertensão e identificar os fatores destes que interferem com a qualidade de vida em Portugal, foram percebidas variáveis como sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de emprego, moradia (se vive sozinho ou não), e renda mensal. A suscetibilidade ao estresse influenciou também na qualidade de vida, neste estudo os autores identificaram 44,2% dos pacientes hipertensos vulneráveis ao estresse, no qual a maioria (51,2%) era do sexo feminino (SANTOS *et al.*, 2013).

Nas relações informais acredita-se que o uso de tabaco e álcool contribui no enfretamento do estresse pelas sensações de alívio, prazer e status que proporcionam. Contudo, Soares e Oliveira (2013), analisaram que quanto menor o estresse maior era o hábito de fumar.

Observou-se nesta pesquisa que 48,2% eram ou são tabagistas, sendo que destes a maioria (67,8%) fuma ou fumou por mais de dez anos. O hábito de ingerir bebida alcoólica foi relatado por 11,7% e 62,2% destes por mais de uma década. Com relação ao sexo feminino 75,6% usam ou já utilizaram contraceptivo oral (TABELA 5).

Sabe-se que o hábito de fumar aumenta os riscos para doenças cardiovasculares aterosclerótica, e em muitos países europeus este costume está em declínio (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014). Apesar disso no estudo de Perdigão *et al.* (2011), realizado em Portugal obteve-se 16,3% de tabagistas, tendo prevalência no sexo masculino com 25,3% destes. Os autores ressaltam que a população de estudo tinha 40 anos ou mais, e que a faixa etária entre 25 e 44 anos são os que mais relatam o uso de tabaco.

Outros países adotaram medidas para a diminuição do tabagismo como Canadá e Brasil (PAHO, 2012). No Brasil, destacam-se as ações que regulam o fumo em locais coletivos, o aumento dos impostos sobre o tabaco e álcool, proibição da propaganda de cigarros, e advertências sobre o risco nas embalagens dos produtos (BRASIL, 2011).

No Brasil 33,3% da população em 2013 eram fumantes ou ex-tabagistas (BRASIL, 2014a), e compreende-se que este hábito aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em pacientes com HAS e eleva o risco da insuficiência renal (BRASIL, 2014b).

Semelhantemente aos dados encontrados nesta pesquisa, o estudo que utilizou dados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo com o objetivo de avaliar a hipertensão auto referida e fatores associados em pacientes adultos e idosos, encontrou 45,1% da amostra como tabagistas ou ex-tabagistas (SELEM *et al.*, 2013).

Diferentemente, um estudo também realizado na cidade de São Paulo, que teve o objetivo de caracterizar os pacientes hipertensos e conhecer suas principais dificuldades para aderir ao tratamento, os hábitos de fumar e ingerir bebida alcoólica foram mínimos, sendo que 94,4% não eram tabagistas e 83,3% não consumiam bebida alcoólica (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

Corroborando, Santos, Araújo e Souza (2013), conheceram os fatores de riscos ambientais para hipertensão arterial no interior do Estado da Bahia, e não observaram associação da HAS com o hábito de fumar. E Magalhães *et al.* (2014), analisaram que 17,3% da população estudada em Ituaçu-Bahia era tabagista e 95,7% não tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica.

A ingesta de bebidas alcoólicas possui relação linear com os níveis pressóricos, desta maneira o consumo regular e/ou excessivo aumenta a prevalência de hipertensão e o risco de acidente vascular cerebral, mesmo em pessoas que realizam o tratamento medicamentoso. Nos países europeus são aconselhados o limite diário de 20-30 g de álcool para homens, e 10-20 g para mulheres, sendo que o total semanal não deve exceder 140 g para o sexo masculino e 80 g para o feminino (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

No Brasil, um estudo com adolescentes, média de 14 anos, de escolas públicas e privadas verificou que 71% já haviam experimentado bebida alcoólica e 27% haviam consumido nos últimos 30 dias, evidenciando a exposição precoce, visto que quase 25% relataram ter se embriagado ao menos uma vez na vida. Além disso, evidencia-se um aumento do consumo de álcool no sexo feminino, e a dependência alcoólica em adultos entre 9% e 12% (BRASIL, 2014b).

Ao verificar níveis pressóricos e os indicadores de risco para a hipertensão entre estudantes do ensino médio no interior do estado de São Paulo, 63,6% relatam

ingerir bebidas alcoólicas, sendo 69,4% destes do sexo feminino. Assim os autores classificaram 41,9% dos participantes em risco de consumir bebida alcoólica, 47,9% como baixo risco, 6,8% em uso nocivo e 3,4% com provável dependência. As bebidas mais consumidas foram vinho, vodka, cerveja, coquetel e whisky (FREITAS *et al.*, 2012).

Os prejuízos da ingestiva excessiva de álcool vão além dos efeitos adversos dessa, pois em pacientes com doenças crônicas acarretam dificuldades no seguimento do tratamento medicamentoso, fato exemplificado pela crença de que após o consumo de álcool não se deve ingerir os remédios prescritos. Assim, ressalta-se a importância de orientar o uso adequado das medicações, no plano de cuidados de cada paciente, elucidando as dúvidas e riscos do uso ou não das mesmas (BRASIL, 2014b).

Um estudo realizado em Maceió, Alagoas que verificou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo através do instrumento validado para o português Morisky-Green obteve 18,8% de pacientes relatando o consumo de bebidas alcoólicas e 10,3% de tabagismo (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2012).

As mulheres além dos fatores de risco já citados possuem peculiaridades que contribuem no surgimento e/ou agravamento da HAS, como o uso de pílulas anticoncepcionais, o período gestacional, e a menopausa. Em relação aos contraceptivos orais há associação do uso constante deste com complicações cardiovasculares em mulheres tabagistas e acima dos 35 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Desta forma, alguns cuidados são necessários como pílulas com menores doses de hormônios (estrogênio e progesterona), monitorização frequente dos níveis pressóricos, e se estes estiverem altos suspensão do uso e adesão de outro método contraceptivo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Outros fatores contribuem para o surgimento e/ou agravamento da HAS, como antecedentes familiares, comorbidades, tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicações, internações no último ano, entre outros (TABELAS 6, 7 e 8).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO ANTECEDENTES FAMILIARES

VARIÁVEL	QUANTIDADE (n)	PERCENTUAL (%)
Antecedentes familiares		
Sim	370	95,6
Não	17	4,4
Grau de parentesco*		
Pai	209	56,5
Mãe	285	77,0
Avós	81	21,9
Tios(as)	84	22,7
Irmãos	202	54,6
Doença do familiar**		
HAS	343	88,6
DM	226	58,4
IAM	202	52,2
AVC	172	44,4
IRC	42	10,9
Outra doença	3	0,8

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Percentual calculado sobre o total de participantes que afirmaram ter antecedentes familiares de HAS

**Percentual calculado sobre o total de participantes (n=387)

Assim como nessa pesquisa, em uma população de imigrantes Filipinos nos Estados Unidos também foi observado fatores de risco significativos para a HAS, como o histórico familiar, atividade física, sexo, tempo de residência no país de imigração, IMC, glicose, e o estado de saúde auto relatado (URSUA *et al.*, 2013).

Nos países europeus a estratificação de risco cardiovascular considera os níveis pressóricos e os fatores de risco já mencionados em uma relação proporcional, contudo o risco pode ser maior do que o indicado em indivíduos sedentários, com obesidade central, pessoas desfavorecidas socialmente, com glicemia de jejum aumentada e/ou teste de intolerância à glicose anormal, e em indivíduos com histórico familiar antecipado de doença cardiovascular, antes dos 55 anos de idade nos homens e 65 anos nas mulheres (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Ao verificar a influência das doenças crônicas, HAS e DM, na história familiar de ataque cardíaco, percebeu-se que a doença cardíaca coronária ocorre aproximadamente três vezes mais em pacientes com história familiar de ataque cardíaco do que em pacientes sem histórico anterior (AHMAD *et al.*, 2012).

No estudo de Mendonça, Lima e Oliveira (2012), os autores obtiveram 64% de uma amostra de 75 pacientes de um hospital público de Fortaleza, Ceará com antecedentes familiares de HAS. E em Ananindeua no estado do Pará, 74,34% dos

participantes do estudo apresentaram histórico familiar para doenças cardiovasculares, contudo esta não influenciou a qualidade de vida dos pacientes hipertensos (ALVES, M.C.B., *et al.*, 2013).

Ao analisar 2.691 fichas de cadastro do Programa HIPERDIA dos Centros de Saúde da Família da Secretaria Regional VI em Fortaleza, Ceará foram verificados 48,5% com histórico de doença cardiovascular, sendo 29,8% em indivíduos com HAS e 14,7% em pessoas com HAS e DM concomitantemente (SANTOS E MOREIRA, 2012).

E no Distrito de Saúde do Butantã, região oeste da cidade de São Paulo, foi observada a vinculação do não controle da hipertensão com tratamento prévio para esta doença, ausência de antecedentes familiares para problemas cardíacos, e o desconhecimento do benefício da prática de atividade física no tratamento da hipertensão (PIERIN *et al.*, 2011). A falta de antecedentes familiares vai de encontro com esta pesquisa, na qual 95,6% relataram possuir algum antecedente para HAS.

Em estudo descritivo, transversal realizado em uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, 50,8% dos idosos participantes tinham familiares com hipertensão arterial, sendo 62,1% irmãos, 20,7% pais, 13,8% tios e 3,4% avós destes (Romero *et al.*, 2010), dados que corroboram com a atual pesquisa, vez que os mesmos vínculos familiares foram citados mas com frequências diferentes, a mãe foi citada por 77,0%, pai 56,5%, irmãos 54,6%, tios 22,7% e avós 21,9%.

As patologias mais citadas pelos participantes desta pesquisa, além da HAS (TABELA 7) foram: DM, mioma, hipercolesterolemia, depressão, e problemas renais, nas articulações, com a próstata, e na tireóide. Algumas destas comorbidades, como a diabetes, hipercolesterolemia, e nefropatias vão ao encontro de outros estudos nacionais com pacientes hipertensos (ROMERO *et al.*, 2010; CARVALHO *et al.*, 2012; MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012; ALVES, M.C.B. *et al.*, 2013).

TABELA 7 - ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DOS HIPERTENSOS

VARIÁVEL	QUANTIDADE (n)	PERCENTUAL (%)
Diagnóstico do entrevistado*		
HAS	387	100,0
DM	143	37,0
Mioma	64	16,5
Problema de próstata	34	8,8
Problemas renais	29	7,5
Hipercolesterolemia	23	5,9
Problemas na articulação	21	5,5
Problemas com a tireóide	20	5,2
Depressão	12	3,1
Tempo de diagnóstico		
Abaixo de 1 ano	9	2,3
Entre 1 e 5 anos	107	27,7
Entre 6 e 10 anos	98	25,3
Entre 10 e 20 anos	115	29,7
Acima de 20 anos	58	15,0
Classificação US		
Baixo risco	156	40,3
Médio risco	108	27,9
Alto risco	92	23,8
Muito alto risco	31	8,0
Retira medicação US		
Sim	365	94,3
Não	22	5,7
Número de medicações		
0	8	2,1
1	45	11,6
2	91	23,5
3	68	17,6
Acima de 4	175	45,2
Usa tratamento alternativo		
Não	307	79,3
Sim	80	20,7

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Percentual calculado sobre o total de participantes (n=387)

Em relação ao tempo de diagnóstico encontrado nesta pesquisa, pode-se dizer que é semelhante ao estudo de Mendonça, Lima e Oliveira (2012), no qual 34,7% dos participantes foram diagnosticados com HAS há menos de três anos, 36% entre 3 e 10 anos e 29,3% há mais de 10 anos. Entretanto, os autores perceberam que o fato de descobrir a HAS não é sinônimo de aderência ao tratamento, visto que alguns pacientes iniciaram a terapêutica anos depois da descoberta.

Em outro estudo realizado no estado do Pará observou-se que 60,28% dos participantes tinham mais de 10 anos de diagnóstico, e que existiu uma fraca relação desproporcional entre esta variável com a qualidade de vida (ALVES, M.C.B. *et al.*, 2013). No estudo de Pierin *et al.* (2011), 56,2% dos hipertensos participantes tinham mais de 5 anos de diagnóstico, e os autores perceberam que quanto maior o tempo de descoberta menor era o controle dos níveis pressóricos.

Assim sendo, os sistemas de saúde em diversos países buscam e enfatizam a importância da detecção precoce, com efetivos cuidados primários, de promoção e prevenção, com uma terapêutica adequada. Contudo, muitos pacientes com alto risco de DCNT permanecem sem diagnóstico e tratamento adequado (WHO, 2011).

Esta situação nos demonstra duas vertentes, uma de responsabilidade por parte dos serviços de saúde com a necessidade da detecção precoce e tratamento efetivo, e outra ao encargo do paciente em decidir se quer ou não realizar a terapêutica. Neste caso, evidencia-se a importância dos modelos de cuidados para o gerenciamento da doença, no qual independentemente da classificação de risco há um acompanhamento, que pode beneficiar todos os envolvidos.

De acordo com a classificação de risco para a população de hipertensos de Teresina, Piauí, observou-se 54,6% cadastrados com risco moderado, 24,4% de risco grave, e 21% com risco leve (Sales *et al.*, 2013), dados estes que diferem desta pesquisa, na qual a maior parte 40,3% são de baixo risco, e 8% de muito alto risco, sendo que esta última estratificação nem foi citada pelos autores, assim como o critério de classificação de risco utilizado no município.

Por muitos anos as recomendações no tratamento da HAS eram focadas nos valores pressóricos, com o passar do tempo percebeu-se a importância de outros fatores na quantificação do risco cardiovascular, visto que uma pequena parte da população hipertensa tem isoladamente elevação dos níveis pressóricos, e a maioria apresenta fatores de risco cardiovasculares adicionais. Contudo, estes quando combinados são potencializados, o que tornou necessário terapêuticas diferenciadas (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Dessa forma, a classificação de risco, também conhecida como estratificação de risco, proporciona facilidades aos profissionais de saúde na condução terapêutica, nesta são considerados os níveis pressóricos, os fatores de risco (idade, tabagismo, dislipidemia – triglicérides, *High Density Lipoproteins* (HDL) e *Low Density*

Lipoproteins (LDL), DM, e o histórico familiar precoce), as lesões em órgãos-alvo e as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Mas outros fatores já estão sendo associados na estratificação de risco global como: a glicemia de jejum, hemoglobina glicada, obesidade abdominal, pressão de pulso em idosos, história de pré-eclâmpsia, história familiar de hipertensão arterial, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Porém, todas as propostas de avaliação de risco cardiovascular global possuem suas limitações (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Com a estratificação de risco, os profissionais de saúde têm a possibilidade de identificar as pessoas com maior probabilidade de complicações, e proporcionar intervenções mais intensas no controle da HAS e de seus fatores de risco, evitando ou postergando a lesão em órgãos-alvo e/ou doença cardiovascular. O tratamento com anti-hipertensivos visa reduzir a pressão arterial, as ocorrências cardiovasculares fatais e não-fatais, e, uma provável queda da taxa de mortalidade (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil com o intuito de minimizar as taxas de mortalidade e morbidade pelas doenças crônicas é realizada a distribuição gratuita de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiante, ácido acetilsalicílico, estatina, entre outros). E além das Unidades de Saúde, o governo federal instituiu o programa Farmácia Popular para que os pacientes possam buscar suas medicações gratuitas também em farmácias privadas credenciadas (BRASIL, 2011).

Contudo, a dificuldade em adquirir a medicação ainda é relatada pelos pacientes hipertensos, visto que 55,2% acham difícil ou muito difícil conseguir os remédios anti-hipertensivos (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014). Nos serviços públicos de saúde 38,6% relatam a falta de alguma medicação anti-hipertensiva (Mendonça; Lima; Oliveira, 2012), mesmo assim nesta pesquisa 94,3% dos participantes retiram a medicação nas unidades de saúde.

Considerando as percepções dos pacientes hipertensos em relação a ingesta medicamentosa Bezerra, Lopes e Barros (2014), encontraram que 25,4% sentem-se bem, 35,8% indiferentes, 31,3% sentem-se ruim e 7,5% péssimos. Estas sensações e percepções vivenciadas podem contribuir para a frequência da não adesão terapêutica na população brasileira, sendo este fator preditivo para os altos níveis pressóricos (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2012).

Mesmo vivenciando estes sentimentos alguns costumes devem ser incorporados pelos pacientes com hipertensão, estes foram investigados por Pierin *et al.* (2011), que observaram 92,1% dos pacientes levam os medicamentos quando viajam, 68,2% ingerem a medicação no mesmo horário diariamente, 87,8% providenciam os remédios antes do término, e 66,7% continuam a tomar a medicação mesmo com a pressão controlada.

No estudo de Egan *et al.* (2011), realizado com a população dos Estados Unidos em diferentes períodos de tempo, verificou um aumento no número de medicamentos ao longo do acompanhamento, tanto de pacientes controlados ou não, mas sem diferenças entre os grupos. No estudo de Mendonça, Lima e Oliveira (2012), 28% dos pacientes utilizavam dois ou mais tipos de medicações orais diariamente, e os autores destacaram dificuldades de adesão quando o paciente necessita de diferentes drogas.

Diferentemente desta pesquisa em que 62,8% dos participantes tinham quatro ou mais fármacos prescritos, no estudo de Oliveira Filho *et al.* (2012), 47,1% dos participantes receberam prescrição de um, 45,3% de dois fármacos, e 7,1% três ou mais.

Infere-se que quanto maior o número de medicamentos maiores são as chances de não adesão a terapêutica, fato corroborado com os achados do estudo de Oliveira Filho *et al.* (2012), em que verificaram que 36,2% com monoterapia e 36,6% em uso de dois medicamentos estavam com os níveis pressóricos controlados, enquanto apenas 5,9% dos pacientes em uso de três ou mais anti-hipertensivos apresentaram pressão arterial controlada.

A adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos e diabéticos deve ser reforçada, vez que estas doenças aumentam a chance da ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto, insuficiência cardíaca e doença renal (Ahmad *et al.*, 2012), os quais com o seguimento terapêutico e acompanhamento adequado podem ser postergados e/ou evitados.

Todavia, encontra-se nos dias atuais pessoas que fazem uso de terapias alternativas, nesta pesquisa 20,7% relataram associar o tratamento medicamentoso com outros comportamentos que objetivem a cura e/ou melhora dos sintomas da HAS, dentre os identificados o uso de chás, ervas ou plantas, o que corrobora com os hábitos e práticas supersticiosas e comportamentais identificados por Soares *et al.* (2014), em 85,0% dos participantes.

Contudo, este ato se torna preocupante quando o paciente acredita que apenas o uso do chá, sem o tratamento medicamentoso, possa controlar a pressão arterial (SOARES *et al.*, 2014). O tratamento alternativo não deve desconsiderar a terapêutica convencional, visto que essa minimiza os níveis pressóricos e diminuem as possibilidades de complicações.

Percebe-se em estudos nacionais a preocupação da não aderência ao tratamento e ocorrência de consequências da HAS. Ao acompanhar pacientes da ESF em Teresina, Piauí foram observados 4,4% de casos de AVC, 2,5% de Angina, 1,9% de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), 1,4% de IAM, 1,1% de Doença Renal, e 2,2% de Doença Vascular Arterial de extremidade (SALES *et al.*, 2013).

Acredita-se que vivenciar uma complicação da HAS seja um fator determinante para a aderência a terapêutica pelo paciente (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012). Nesta pesquisa 19,4% participantes tiveram complicações corroborando com os achados do estudo de Romero *et al.* (2010), que verificou 17,6%, e de Santos e Moreira (2012), com 17,1%. As complicações mais citadas por estes foram as cardiopatias, o IAM, AVC, e a doença renal, assim como nesta pesquisa (TABELA 8).

TABELA 8 - COMPLICAÇÕES RELATADAS PELOS PACIENTES DECORRENTES DA HAS

VARIÁVEL	QUANTIDADE (n)	PERCENTUAL (%)
Complicações		
Não	312	80,6
Sim	75	19,4
Complicações da HAS		
IAM/ameaça de infarto	42,0	56,0
AVC	23,0	30,7
Insuficiência Renal Crônica	4,0	5,3
Retinopatia hipertensiva	6,0	8,0
Arritmia cardíaca	1,0	1,3
Eclampsia	1,0	1,3
Pico hipertensivo	1,0	1,3
Internações no último ano		
Sim	37	9,6
Não	350	90,4
Motivo*		
(1) Dor no peito	1	2,7
(2) Diabetes	2	5,4
(3) Derrame/AVC	7	18,9
(4) Crise hipertensiva	18	48,6
(5) Angioplastias	3	8,1
(6) Realizar cateterismo	3	8,1
(7) IAM	5	13,5
(8) Para exames	1	2,7
(1) e (4)	1	2,7
(2) e (4)	1	2,7
(4) e (8)	1	2,7

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Percentual calculado pelo número de internados

O tratamento das complicações da HAS necessita do serviço terciário de saúde, acarretando muitas vezes em internamentos que geram elevados custos para os sistemas de saúde (SERAFIM *et al.*, 2013). No Brasil entre 2008 e 2012 foram registradas 5.685.827 internações por doenças do aparelho circulatório, sendo que 479.497 destas foram decorrentes da hipertensão (SANTOS; VASCONCELOS, 2013).

Em um município da região sul do Brasil verificou-se que 12,08% de hospitalizações, assim como nessa pesquisa, foram derivados de agravos ou complicações da HAS, sendo 47,05% destas decorrentes de crise hipertensiva ou pseudocrise, 45,10% de problemas cardiovasculares e 7,85% cerebrovasculares. Ainda foi identificada a prevalência de hospitalizações em pacientes do sexo masculino, com 60 anos ou mais, não aderente ao tratamento medicamentoso, com

comorbidades, e conseqüentemente com níveis pressóricos não controlados (BARRETO; MARCON, 2013).

Deste modo, o Ministério da Saúde tem adotado diversas táticas na rede básica, para reduzir o ônus das complicações e internamentos pelas doenças crônicas na população brasileira. Porém, 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 (BRASIL, 2011).

Pela preocupação em enfrentar a elevada demanda de hospitalizações, e proporcionar um acompanhamento efetivo na atenção básica para os pacientes com HAS e DM, o Ministério da Saúde elaborou e implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus (BRASIL, 2001).

Neste plano são propostas ações de assistência, prevenção e promoção à saúde, com vinculação dos pacientes e implementação de educação em saúde permanente que visa proporcionar conhecimento sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares, e esclarecer possíveis dúvidas referentes ao tratamento das patologias, HAS e DM. No entanto, a programação e a forma de realizar estas ações são de responsabilidade de cada município. As atividades basicamente são reuniões educativas periódicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos (BRASIL, 2001).

Nesta pesquisa (TABELA 9), 98,8% dos pacientes afirmaram participar das atividades nas unidades de saúde, sendo que 95,8% frequentavam as consultas médicas, 94,3% retiravam a medicação, 16,0% participavam das atividades educativas, e 2,8% realizavam atividades físicas. Corroborando, um estudo realizado no município de Caxias, Maranhão verificou que 28,8% frequentaram as atividades educativas e 25,5% de palestras (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

TABELA 9 - ATIVIDADES REALIZADAS NA US E INTERAÇÕES SOCIAIS DOS HIPERTENSOS

Variável	Frequência	Percentual
Atividade na US		
Sim	374	96,6
Não	13	3,4
Convívio Social		
Sim	107	27,6
Não	280	72,4
Quais		
Grupo Religioso	50	46,7
HIPERDIA	11	10,3
Grupo Idosos	11	10,3
Outros	35	32,7
Motivo de não participar		
Horário Incompatível	104	37,0
Não tem interesse	71	25,3
Desconhece de grupos	43	15,3
Cuida de familiar	17	6,0
Não foi convidado	13	4,6
Outros	34	11,8

FONTE: O Autor (2015)

Ressalta-se que no período de coleta de dados dessa pesquisa as reuniões mensais de entrega de medicação e atividades educativas foram consideradas facultativas, ficando a critério de cada chefia, pois os pacientes hipertensos e diabéticos devem ser atendidos por demanda espontânea, o que pode ter interferido nas respostas quando questionados se participavam das atividades nas unidades de saúde.

Ao verificar a avaliação que os pacientes faziam do HIPERDIA observou-se que 64,1% consideram a assistência recebida boa, 22,4% acharam regular, a dificuldade mais citada foi a falta constante de medicamentos, e elegeram o Agente Comunitário de Saúde o funcionário mais influente para orientá-los (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Além da participação das atividades propostas pela unidade de saúde, que visam principalmente esclarecer problemas e realizar acompanhamento do paciente com hipertensão, 27,6% dos participantes dessa pesquisa relataram ter frequente convívio coletivo social, em grupos religiosos, de idosos, no HIPERDIA, escoteiro, reuniões familiares, associações de moradores, de professores, entre outros.

Os vínculos sociais fornecem sentido à vida dos indivíduos, principalmente quando vivenciam uma doença, e também estimulam práticas de cuidado com a saúde. Dessa forma, o enfrentamento da enfermidade é facilitado com o apoio dos profissionais de saúde, família, e de pessoas próximas, como os vizinhos, o grupo de hipertensos, entre outros (MACIEL *et al.*, 2011).

Em estudo realizado com idosos observou-se que a criação de vínculos promove a inclusão social, assim a participação nos grupos de terceira idade pode transformar positivamente a vida, pois estes se percebem valorizados, acolhidos, e criam laços de amizade que promovem o diálogo. Ainda os grupos de convívio social podem ser um espaço de educação permanente em saúde, como uma rede de informações (BOTH *et al.*, 2011).

Destaca-se ainda que as atividades em grupo motivam os participantes e faz destes multiplicadores em seus âmbitos sociais, pois repassam as informações recebidas aos amigos e familiares. O resultado da intervenção em grupo é satisfatório, pois estimula a autoestima, fortalece e criam-se laços de amizades, além de ser um reforço positivo aos hábitos saudáveis de vida ao cooperar com o autocuidado (HOLANDA *et al.*, 2014).

Com relação aos hábitos de vida nesta pesquisa observa-se que 3,6% referiram não ingerir água, 42,4% fazem ao menos três refeições diárias, 1,3% relataram sempre colocar sal no prato de comida, mesmo sem antes provar se há necessidade, 9,0% nunca comem frutas, e 4,4% sempre consomem alimentos fritos (TABELA 10).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS CONFORME HÁBITOS ALIMENTARES

Variável	Frequência	Percentual
Ingesta Hídrica		
Sim	373	96,4
Não	14	3,6
Número de refeições diárias		
1	10	2,6
2	43	11,1
3	164	42,4
4	112	28,9
>4	58	15,0
Sal no prato de comida		
Nunca coloca	367	94,8
Prova e coloca se precisar	15	3,9
Sempre coloca	5	1,3
Consumo semanal de frutas		
0	35	9,0
1 a 3 vezes	100	25,9
4 a 6 vezes	50	12,9
Todos os dias	202	52,2
Consumo semanal de frituras		
0	124	32,0
1 a 3 vezes	223	57,6
4 a 6 vezes	23	6,0
Todos os dias	17	4,4

FONTE: O Autor (2015)

Deste modo, ao verificar o perfil, os fatores de risco, e os costumes alimentares de pacientes com hipertensão em Dourados, Mato Grosso do Sul observou-se que os homens ingerem de três a cinco copos de água por dia, e as mulheres de seis a oito (Coca *et al.*, 2010), diferenciando desta pesquisa na qual a maioria 39,2% relataram beber mais de oito copos de água por dia.

Corroborando Brasil (2014b), recomenda a ingestão mínima de dois litros de água por dia, o que equivale de seis a oito copos, e sugere-se o consumo no intervalo das refeições, sem substituições visto os demais líquidos conterem calorias, açúcar e sódio. Além da ingestão hídrica para se obter uma alimentação saudável são necessárias ao menos três refeições principais, café da manhã, almoço e janta, e mais dois lanches nos intervalos (BRASIL, 2014b).

Nesta pesquisa observamos que 42,4% realiza somente as três refeições, o que vai ao encontro do estudo de Sousa *et al.* (2013), que verificou 100% dos

participantes realizam o desjejum, 98,4% almoçam, e 71,2% jantam, mas a adesão foi baixa aos lanches nos intervalos destes. Ainda os autores verificaram que 37,9% trocavam rotineiramente o almoço e o jantar por lanches (SOUSA *et al.*, 2013).

A relação do hábito alimentar e dos níveis pressóricos no estudo de Oliveira *et al.* (2012), se deu negativamente com o consumo de colesterol e açúcares, e positivamente com a ingestão de fibras, assim como ter uma dieta variada com oito ou mais itens se constitui em um fator protetor para os níveis pressóricos. Entretanto, os autores ressaltam que estes achados são consequências dos hábitos alimentares da população estudada.

Ao se tratar da HAS torna-se imprescindível ressaltar a importância da redução do sal nos alimentos, visto este se associar com risco de AVC incidente e fatal, e com doenças coronárias. A ingestão de sódio é proporcional com os níveis pressóricos, assim cada três gramas diminuídos de sal resultam na redução da pressão arterial e consequentemente abate 22% do risco de AVC e 16% de óbitos por isquemia cardíaca. O recomendado pela World Health Organization (WHO) é menos de duas gramas diárias de sódio (cinco gramas de sal) (WHO, 2013).

Dessa maneira além de diminuir o sal no preparo dos alimentos, retirar o sal de mesa da mesa durante as refeições, e evitar os alimentos industrializados podem ser estratégias de aderência a hábitos mais saudáveis (BRASIL, 2014b). Em estudo realizado no município de Ananindeua, Pará, com pacientes hipertensos a medida de cuidado mais mencionada entre os participantes foi a redução no consumo de sal com 89,2%, sendo que 91,2% dizem nunca adicionar sal no prato de comida, apesar disso 35,2% relatam utilizar cotidianamente temperos industrializados no preparo das refeições (SOUSA *et al.*, 2013).

A hipertensão resistente pode ser acarretada pelo consumo excessivo de sal, esta relação se dá devido ao aumento no volume extracelular e da resistência vascular periférica, assim ao reduzir o consumo de sal para cinco gramas diárias há uma diminuição de um a dois mmHg na pressão arterial de normotensos, e quatro a cinco mmHg em indivíduos hipertensos, assim como pode reduzir o número de medicamentos anti-hipertensivos nestes (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014). Fato corroborado no estudo de Coca *et al.* (2010), no qual 60,0% dos homens e 66,7% das mulheres afirmaram que o excesso de sal altera seus níveis pressóricos.

A adesão a um plano alimentar saudável é fundamental para a diminuição dos níveis pressóricos, assim na HAS sugere-se o modelo dietético *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) que orienta uma alimentação rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixo teor de gordura, sem contar a restrição ao sal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

O seguimento deste padrão alimentar reduz em 14% o desenvolvimento da HAS. A recomendação da DASH é a escolha de alimentos com pouca gordura, como exemplo carnes de frango, peixes, frutas, hortaliças, laticínios desnatados ou semidesnatados, alimentos integrais como pão, cereais, e massas, castanhas, grãos, sementes, e o uso de óleos vegetais insaturados, respeitando as porções diárias de cada um desses. Importante também a diminuição do sal, assim como evitar molhos e caldos prontos, produtos industrializados, o consumo de doces, e de bebidas com adição de açúcares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Entretanto, nesta pesquisa observamos, conforme tabela 10, que 9,0% não comem frutas e 4,4% consomem frituras diariamente, mas segundo Ulbrich e Mantovani (2014), apesar dos pacientes reconhecerem a importância de uma alimentação saudável muitos encontram empecilhos para a sua realização, como os altos custos de alimentos integrais, frutas, verduras e legumes, o que dificulta a aquisição pela população de renda inferior, e as condições de trabalho, visto muitos destes pacientes se alimentarem no local de trabalho.

Em contrapartida a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em âmbito nacional nos anos de 2008 e 2009, verificou as características da alimentação dos brasileiros, a qual aproximadamente dois terços do total de calorias consumidas por estes são derivados de alimentos *in natura* ou minimamente processados. No primeiro são incluídas as comidas sem alterações humanas, obtidas diretamente das plantas ou animais, e o segundo, minimamente processados, são os produtos *in natura* mas que sofreram processos de limpeza (BRASIL, 2014c).

Logo, os alimentos *in natura* ou minimamente processados e as preparações a partir destes possuem valor nutricional maior aos alimentos processados e ultraprocessados. Os processados são os alimentos industriais que contém adição de açúcar, sal, ou outras substâncias para potencializar a duração dos ingredientes *in*

natura, e os ultraprocessados são fabricados inteiramente ou parcialmente pelas indústrias (BRASIL, 2014c).

Nesta pesquisa observamos que os pacientes citaram diversos tipos de alimentos (TABELA 11), contudo os *in natura* não foram os mais citados. Em primeiro foram as massas, como pães, bolos, bolachas, biscoitos salgados e doces, arroz e macarrão com média de 6,8 dias na semana, seguido pelo café, chás e chimarrão 6,7 dias da semana, e o uso de óleo, manteiga, margarina ou maionese com 6,3 dias por semana. Os alimentos menos consumidos foram as frituras com 1,5 dias na semana e as batatas com 1,6 dias na semana.

TABELA 11 - MÉDIA SEMANAL DO CONSUMO DE ALIMENTOS RELATADA PELOS HIPERTENSOS

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Frutas	387	4,8	7	0	7	2,6
Batatas	387	1,6	1	0	7	1,4
Legumes	387	4,2	4	0	7	2,6
Hortaliças	387	5,0	7	0	7	2,5
Feijões, Grãos	387	5,6	7	0	7	2,3
Pão, massas	387	6,8	7	0	7	1,0
Café, chá	387	6,7	7	0	7	1,1
Leite, derivados	387	5,5	7	0	7	2,6
Carne vermelha, ovos	387	3,5	3	0	7	1,8
Peixe, frango	387	3,2	3	0	7	1,6
Manteiga, óleo	387	6,3	7	0	7	1,8
Frituras	387	1,5	1	0	7	1,7

FONTE: O Autor (2015)

Contudo, em referência ao pouco uso de frituras infere-se que o fato da maioria (44,7%) dos participantes dessa pesquisa possuírem mais de dez anos de diagnóstico da HAS, os mesmos já conhecem os cuidados necessários e quando interrogados respondem o que deveria ser feito e não o que realmente fazem em relação a alimentação.

Corroborando um estudo que verificou o perfil nutricional e conheceu os hábitos alimentares de pacientes com hipertensão, tiveram mencionados cuidados como 57,8% evitam carnes vermelhas, 69,6% os doces, 75,5% as frituras e 41,2% os alimentos gordurosos. O consumo diário de frutas foi relatado por 32,0% e de feijão

por 31,1% dos participantes, e as hortaliças e legumes são consumidos de uma a duas vezes por semana, 36,8% e 42,4%, respectivamente (SOUSA *et al.*, 2013).

Em contrapartida observa-se que os hábitos alimentares dos brasileiros, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde não são muito saudáveis, visto que o consumo de cinco ou mais dias na semana de frutas e hortaliças variou entre 26,4% a 47,5%, as carnes com excesso de gordura foram de 22,9% a 42,6%, a ingestão de leite integral entre 40,3% e 66,7%, o hábito de bebidas adoçadas como refrigerantes e sucos artificiais de 11,6% a 30,1%, o feijão e/ou outra leguminosa entre 39,3% e 83,4% (BRASIL, 2014a).

Os dez passos para uma alimentação saudável segundo o Ministério da Saúde, são: ter como base alimentar os alimentos *in natura* ou minimamente processados; usar pouco óleos, gorduras, sal e açúcar nas refeições; utilizar o mínimo possível de alimentos processados; evitar os ultraprocessados; comer regularmente e em ambientes prazerosos; realizar a compra dos produtos em lugares que forneçam variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados; desenvolver e praticar o gosto pela culinária; delinear o tempo para todas as coisas, inclusive preparar e alimentar-se; quando comer fora de casa dar preferência a comidas feitas na hora; e ser crítico quanto às informações, orientações e propagandas (BRASIL, 2014c).

Mas, além da alimentação, para se atingir uma vida saudável faz-se necessário sair do sedentarismo. Para ser ativo fisicamente o Ministério da Saúde considera quatro domínios: as atividades de lazer, no trabalho, no deslocamento e nas atividades diárias no domicílio (BRASIL, 2014a).

Em relação a estes domínios, nesta pesquisa observamos que 11,4% não caminham em casa, ou no trabalho, ou como transporte e lazer, 30,7% não realizam atividades moderadas, que aumentem moderadamente a respiração ou batimentos cardíacos, 91,2% não fazem atividades vigorosas, e 1,3 não permanecem sentados em nenhum momento do dia (TABELA 12).

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS NO LAZER, TRABALHO, DESLOCAMENTO, E NO DOMICILIO RELATADAS PELOS HIPERTENSOS

Variável	Frequência	Percentual
Caminhada ao menos 10 min		
0 dias	44	11,4
1 a 3 dias	194	37,2
4 a 6 dias	75	19,4
Todos os dias	124	32,0
Atividade moderada ao menos 10 min		
0 dias	119	30,7
1 a 3 dias	123	31,8
4 a 6 dias	44	11,4
Todos os dias	101	26,1
Atividade vigorosa ao menos 10 min		
0 dias	353	91,2
1 a 3 dias	25	6,5
4 a 6 dias	5	1,3
Todos os dias	4	1,0
Permanece sentado		
0	5	1,3
1 a 3 dias	9	2,4
4 a 6 dias	5	1,3
Todos os dias	368	95,0

FONTE: O Autor (2015)

Mesmo quando a pessoa não gosta, ou não tem tempo para exercitar-se existem as tarefas cotidianas que podem ser consideradas como tal, dependendo do tempo e intensidade. Dessa forma, nos momentos de lazer considera-se necessário ao menos 150 minutos semanais de atividade física leve ou moderada, ou 75 minutos de atividade vigorosa. O deslocamento para o trabalho, escola de bicicleta ou caminhando, seja o trajeto todo ou apenas uma parte, precisa no mínimo de 30 minutos diários (BRASIL, 2014a).

No Brasil, verificou-se que a inatividade física, ou seja, nenhum esforço nos quatro domínios, foi de 16,2% da população, fato este preocupante visto que os comportamentos sedentários aumentam o risco de adquirir doenças (BRASIL, 2014a). Nesta pesquisa, observamos que o tempo médio que os pacientes dispensam sentados no trabalho, escola, em casa, ou no tempo livre são de duas horas e doze minutos por dia, segundo Brasil (2014a), o tempo gasto em frente à televisão aumenta a probabilidade de obesidade, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica.

Em estudo realizado em Belém do Pará, observou-se dentre os fatores de risco para a hipertensão 57,9% de pessoas sedentárias. Percebe-se que tanto em estudos nacionais como internacionais, os riscos para não adesão ao tratamento da população com HAS são semelhantes e englobam, além do sedentarismo, a obesidade, tabagismo, circunferência abdominal, antecedentes familiares, idade, entre outros (TAVARES *et al.*, 2014).

Porquanto, nesta pesquisa acredita-se que além destes fatores de risco comumente citados na literatura, outros contribuem para a propensão de complicações cardiovasculares, como a ansiedade, depressão, qualidade de vida, apoio social e adesão medicamentosa.

As variáveis ansiedade e depressão foram constatadas a partir da aplicação das escalas Beck, o que possibilitou verificar 17,6% e 17,9% dos participantes possuem respectivamente depressão e ansiedade além do nível leve. Percebe-se, nesta pesquisa, que os níveis propostos pelas escalas, mínima, leve, moderada e grave, obtiveram distribuição semelhante para as duas variáveis (TABELA 13). Fato não observado no estudo de Gomes e Oliveira (2013), que verificou 2% e 0% dos participantes com ansiedade e depressão moderada ou grave, contudo os autores encontraram correlação positiva significativa entre as escalas.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Variável	Frequência	Percentual
Ansiedade		
Mínima	247	63,8
Leve	71	18,3
Moderada	39	10,1
Grave	30	7,8
Depressão		
Mínima	219	56,6
Leve	100	25,8
Moderada	39	10,1
Grave	29	7,5

FONTE: O Autor (2015)

A depressão e a ansiedade são patologias comumente associadas as doenças crônicas, e neste caso podem afetar negativamente o foco cognitivo, energia

e motivação, assim como a vontade e competência de seguir o tratamento. O que carece diagnóstico e terapêutica adequada, para não haver prejuízos na qualidade de vida dos pacientes (GRIMSRUD *et al.*, 2009; BAUTISTA *et al.*, 2012; STASIAK *et al.*, 2014).

Em estudo com pacientes com doença renal crônica observou-se depressão, de qualquer intensidade, em 22,6% dos participantes em tratamento hemodialítico, e 25,7% de ansiedade, já os participantes que realizavam diálise peritoneal tiveram respectivamente 29,6% e 11,1%, sem diferenças significativas entre as diferentes terapêuticas (STASIAK *et al.*, 2014).

Todavia, as médias dos escores nas escalas de depressão no estudo de Stasiak *et al.* (2014), foi 13,22 para pacientes em hemodiálise e 13,25 em diálise peritoneal, e na de ansiedade foram 11,04 e 8,66 respectivamente. Estes resultados, em ambos os tratamentos, são semelhantes com o encontrado nesta pesquisa, escore médio de 11,3 para depressão, o que a caracteriza como leve a moderada, e 10,3 considerada ansiedade mínima.

Ao avaliar a repercussão da logoterapia nos níveis de ansiedade, depressão e desesperança de pacientes de um programa de reabilitação pulmonar, percebeu-se que na avaliação inicial 29,4% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade e depressão (GODOY, 2013).

Entretanto, após o programa de reabilitação pulmonar não houve constatação significativa da ansiedade, sendo esta mínima, e a depressão ocorreu em 5,8% dos pacientes. Logo, o autor constatou que ao participar do programa de reabilitação os sintomas de ansiedade e depressão diminuíram expressivamente (GODOY, 2013).

Contrariando os achados anteriores, um estudo realizado com idosos com doenças crônicas degenerativas, verificou através das escalas de Beck que 40% dos participantes apresentaram sintomas de depressão mínima, e 36,7% de ansiedade leve. Além desses terem relação regular, na qual quanto mais elevado foi o nível de ansiedade, maior foram os sintomas depressivos encontrados, deste jeito os idosos que apresentaram depressão também possuíam algum nível de ansiedade (BRITO *et al.*, 2012).

Acredita-se que ao possuir ansiedade e depressão, ao menos numa intensidade leve, o risco de não adesão medicamentosa é elevada. Ao comparar indivíduos com sintomas leves de depressão e ansiedade Bautista *et al.* (2012),

observaram a propensão para hábitos como tabagismo e distúrbios físicos, sexuais e do sono, além destes se considerarem com saúde regular.

O bloqueio dos sintomas da ansiedade, estresse rotineiro ou exacerbação destes podem favorecer a crise hipertensiva em pacientes com disposição genética (FONSECA *et al.*, 2009). Não obstante, o controle da depressão e ansiedade acarreta em melhor qualidade de vida, visto o paciente aderir ações de cuidado que favoreçam sua saúde, ao evitar abuso de substâncias, sedentarismo, e outros fatores de risco para a HAS, e por conseguinte melhora do sono (QUINTANA, 2011).

A qualidade de vida constatada através do questionário SF36 abrangem os domínios: capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitações dos aspectos emocionais e saúde mental. Nesta pesquisa, (TABELA 14) observou-se que a média dos domínios foi acima da linha de corte (50 pontos) o que pode-se inferir que a população estudada possui uma boa percepção de qualidade de vida.

TABELA 14 - QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA PELOS HIPERTENSOS DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS DO SF 36

Domínios	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Cap. Funcional	387	73,2	0	100	25,3
Lim. Aspectos Físicos	387	65,8	0	100	41,3
Dor	387	58,8	0	100	28,0
Est. Geral Saúde	387	64,8	0	100	23,2
Vitalidade	387	63,8	5	100	22,3
Aspectos Sociais	387	77,9	0	100	25,8
Lim. Aspectos Emocionais	387	73,0	0	100	40,0
Saúde Mental	387	70,3	0	100	23,5

FONTE: O Autor (2015)

Fato que vai ao encontro da avaliação que os próprios participantes fazem de sua saúde num aspecto geral, visto 67,7% relataram ser boa, 13% acham ruim, 7,5% consideram muito boa, 6,9% excelente e 4,9% muito ruim. No estudo de Pereira, Borges e Amadei (2013), os pacientes ao serem questionados sobre o estado de saúde comparando com um ano atrás, 28% citaram se sentirem melhores, 46% o mesmo e 26% um pouco pior.

Em estudo com pacientes hipertensos notou-se médias semelhantes as encontradas nesta pesquisa, dor 56,5, estado geral de saúde 63,5, vitalidade 61,3, e

aspectos sociais 70,6 (SOUTELLO *et al.*, 2011). Ao associar a qualidade de vida e os fatores de risco para as DCNT, em Montes Claros, Minas Gerais, evidenciou-se as médias 67,6 no estado geral de saúde, 65,7 na vitalidade, 73,8 nos aspectos sociais, 72,7 nos aspectos emocionais e 67,0 em saúde mental (Oliveira-Campos, 2013), o que vai ao encontro dos achados nessa pesquisa, conforme tabela 18.

Em contrapartida, Carvalho *et al.* (2012), verificou algumas médias distantes das encontradas nesta pesquisa, como aspectos físicos 47,3, vitalidade 57,4, aspectos emocionais 58,0, capacidade funcional 58,7, dor 60,4, estado geral de saúde 60,7, saúde mental 66,88, e aspectos sociais 78,0. Porém, os autores não perceberam correlação entre os níveis pressóricos e a QV avaliada.

Ao averiguar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão que realizam tratamento medicamentoso pelo sistema público de saúde, foi verificado comprometimento no estado geral de saúde, com média de 44,5, e nos aspectos físicos, com 47,5 (PEREIRA; BORGES; AMADEI, 2013). E Alves, T.O.S *et al.* (2013), percebeu valor abaixo da média na capacidade funcional ao estudar pacientes com Diabetes Mellitus.

Ao comparar a QV de hipertensos com normotensos, através do SF36, foi analisado médias maiores em todos os domínios nas pessoas sem hipertensão, sendo as diferenças significativas com exceção do domínio aspecto emocional. De tal modo, confirma-se que pacientes com hipertensão arterial sistêmica apresentam pior percepção de QV (CARVALHO *et al.*, 2013).

Corroborando Oliveira-Campos *et al.* (2013), observaram piores escores de QV nas dimensões de capacidade física, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental em pessoas com HAS, e no domínio estado geral de saúde nos pacientes com DM.

Contudo, quando os autores analisaram somente o grupo de pacientes hipertensos observaram que as pessoas do sexo masculino obtiveram médias maiores em todos os domínios, em relação as do sexo feminino. E ao cruzar os domínios da QV com os dados sociodemográficos, obtiveram escore maior na capacidade funcional entre pacientes hipertensos com idade menor ou igual a 40 anos, com renda maior do que quatro salários mínimos e com 3º grau incompleto/completo (CARVALHO *et al.*, 2013).

Acredita-se que os pacientes com hipertensão arterial ao se sentirem amparados pela rede social vivenciam melhor o dia a dia e sentem-se confiantes para

realizar o tratamento, sendo que este apoio recebido implica em melhor qualidade de vida (TAVARES; SILVA, 2013). Nesta pesquisa a adaptação transcultural da *Medical Outcomes Study's Social Support Scale* pelo grupo de Estudos Pró Saúde da UERJ, constatou altas médias nos diferentes domínios (TABELA 15).

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS HIPERTENSOS SEGUNDO OS DOMÍNIOS DA ESCALA DE APOIO SOCIAL

Domínios	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Material	387	88,4	20	100	17,9
Emocional	387	84,6	20	100	22,0
Informação	387	82,8	20	100	23,5
Afetivo	387	94,2	20	100	14,9
Interação Social	387	85,9	20	100	21,9

FONTE: O Autor (2015)

Diferentemente, de um estudo transversal com 525 pessoas de um Programa de saúde cardiovascular, no qual definiram baixo apoio social os pacientes com 57 pontos ou menos na escala da *Medical Outcome Study*, e com 94 ou mais pontos como alto apoio social. Neste, foi constatado 36,1% dos participantes com baixo apoio social (GARRIDO *et al.*, 2013). Contudo, nesta pesquisa percebeu-se que 40 participantes não contam com o apoio de familiar e 150 com nenhum amigo.

Em pacientes sul-asiáticos com doença arterial coronariana também foram observados baixos níveis de apoio social, o que pode acarretar em implicações negativas na recuperação e prognóstico da doença (GREWAL; STEWART; GRACE, 2010).

A necessidade de vínculo com as unidades de saúde foi percebida no estudo de Faquinello, Carreira e Marcon (2010), visto os pacientes com hipertensão arterial avaliarem receberem pouco suporte e apoio por partes destes serviços na condução terapêutica.

A fragilidade do vínculo com a UBS verificado por Faquinello, Carreira e Marcon (2010), faz com que os pacientes procurem outras alternativas de atendimento em saúde, como as unidades de urgência e emergência. Fato este que descaracteriza as unidades de saúde como rede de apoio ao hipertenso, por não ser referência da solução dos problemas de saúde para estes.

No estudo de Tavares e Silva (2013), os pacientes com hipertensão reconheciam o apoio social recebido por familiares, igrejas, instituições de saúde, e dos profissionais de saúde, caracterizados em três tipos: emocional, informacional e instrumental. Este suporte percebido pelos participantes se deu em relação com a hipertensão e/ou por outras situações cotidianas.

As versões inglesa e francesa da escala da *Medical Outcomes Study* também foram utilizadas na população idosa, visto o apoio social predizer o envelhecimento saudável. Porém, os autores afirmam que a escala não mensura todas as dimensões do apoio social, pois não caracteriza a importância desse, e nem quem proporciona este suporte (ROBITAILLE; ORPANA; MCLINTOSH, 2011).

No estudo de Gonçalves *et al.* (2011), que investigou na literatura brasileira o tema apoio social os autores perceberam um crescimento de trabalhos sobre a temática, sendo que estes geralmente estão associados a alguma doença, crise desenvolvimental e vulnerabilidade física e/ou social.

Em se tratando das doenças crônicas percebe-se o uso da temática, como visto no estudo de Soares *et al.* (2012), ao estudar sobreviventes do linfoma de Hodgkin, e em outras neoplasias, no qual enfatiza-se o estado civil e suporte social fundamentais no planejamento da assistência (FORSYTHE *et al.*, 2014).

Por serem doenças de curso prolongado e requererem cuidados individualizados o intercâmbio de saberes, entre familiares, profissionais de saúde, vizinhos, e comunidade podem contribuir na terapêutica (TAVARES; SILVA, 2013). Assim, as redes sociais proporcionam apoio, que contribui para a auto eficácia de um estilo de vida saudável e adesão ao tratamento (SHAYA *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento medicamentoso nesta pesquisa foi verificado pelo *Brief Medication Questionnaire* (TABELA 16), no qual verificamos barreiras no cumprimento terapêutico em 56,0% dos participantes com relação ao regime, que consiste em dificuldades de nomear as medicações e doses utilizadas, e falha de dias ou doses; 20,0% de crenças, quando acreditam que os medicamentos não funcionam, ou causam alguma reação adversa; e 70,3% em recordação, devido esquema de múltiplas doses diárias e as dificuldades para lembrar de tomar a medicação (SVARSTAD *et al.*, 1999).

Em cada domínio o ponto de corte é maior ou igual a um, tendo este questionário um bom equilíbrio entre sensibilidade e especificidade nos três padrões ouro testados no estudo de Ben, Neumann e Mengue (2012). Assim, segundo estes

autores este ponto de corte pode rastrear baixa adesão medicamentosa entre hipertensos.

TABELA 16 - ADESÃO MEDICAMENTOSA REFERIDA PELOS HIPERTENSOS DE ACORDO COM BMQ

BMQ – Regime	Frequência	Percentual
0	165	44,0
1	106	28,3
2	66	17,6
3	32	8,5
4	5	1,3
5	1	0,3
Total	375*	100,0
BMQ – Crenças	Frequência	Percentual
0	300	80,0
1	31	8,3
2	44	11,7
Total	375*	100,0
BMQ – Recordação	Frequência	Percentual
0	76	20,3
1	245	65,3
2	54	14,4
Total	375*	100,0

FONTE: O Autor (2015)

Nota: *Esse questionário foi aplicado aos entrevistados que realizavam o tratamento farmacológico

Percebe-se uma similaridade, entre 56,0% nesta pesquisa e 48,1% no estudo de Ben, Neumann e Mengue (2012), de pacientes com baixa adesão no domínio regime do BMQ. Os autores afirmam que este domínio associa-se ao controle dos níveis pressóricos, deste modo, a pequena aderência dos hipertensos tende a elevar o número de medicamentos em uso, e uma menor percepção de saúde quando comparados aos participantes aderentes (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Corroborando, Tavares *et al.* (2013) observaram entre os principais aspectos do domínio regime no BMQ, que 59,8% dos participantes relataram falha de dias e 37,6% falha de doses no tratamento anti-hipertensivo. Em relação as crenças 5,2% dos hipertensos afirmaram que o medicamento não funciona bem, e na recordação 16,0% dizem possuir dificuldades para lembrar de tomar as drogas todos os dias.

Fato este, que vai ao encontro do estudo de Pereira, Borges e Amadei (2013, p.298), em que 60% dos participantes mencionaram que “esquecem de tomar o medicamento”. Contudo, no estudo de Egan *et al.* (2011), realizado em dois períodos 1999-2004 e 2005-2008, ao serem questionados sobre os medicamentos prescritos e

o uso destes no mês anterior ao da entrevista, 88,8% e 88,3% respectivamente afirmaram seguir a prescrição.

A baixa adesão medicamentosa verificada no estudo de Tavares *et al.* (2013), com o BMQ teve associação estatística com fatores como idade, não possuir plano de saúde, comprar todos ou parte dos medicamentos necessários, possuir três ou mais comorbidades, ser incapaz instrumentalmente para a vida diária e utilizar três ou mais medicamentos.

A associação entre adesão medicamentosa e situação econômica não foi verificada nesta pesquisa, contudo acredita-se que o fator financeiro não justifica a falta de adesão, visto que no município existe a distribuição gratuita de medicamentos nas US e ainda há a possibilidade de aquisição nas farmácias populares, na qual muitos dos medicamentos são gratuitos ou por preços reduzidos (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2012b).

Quando treinados estudantes para gerenciar o cuidado de pacientes hipertensos, observou-se antes do acompanhamento que 76% não tinham os níveis pressóricos controlados, e após foram analisadas melhoras significativas em relação a adesão medicamentosa, visto que os participantes que não apresentaram mudanças na avaliação do BMQ tiveram um aumento de 5 mmHg, enquanto os demais tiveram 19 mmHg de melhora nos níveis pressóricos (LEUNG *et al.*, 2012).

O estudo de Martins *et al.* (2014), analisou a adesão à terapêutica da população de hipertensos de uma unidade de ESF em Montes Claros, Minas Gerais, e os fatores expressivos para a não adesão medicamentosa foi a situação financeira e a influência das orientações oferecidas pelos agentes comunitários de saúde. As barreiras na aderência terapêutica da HAS foram relacionadas principalmente ao próprio paciente, e em segundo plano as condições socioeconômicas (ALGHURAIR *et al.*, 2012).

Assim, o efeito da educação ao paciente hipertenso com vistas a adesão ao tratamento e controle da HAS na atenção primária foi verificada pelos autores Hacıhasanoglu e Gözümlü (2011), que observaram um aumento do uso regular da medicação nos grupos que tiveram intervenção, enquanto no grupo controle não ocorreram modificações significativas, fato que comprovou a eficácia da ação educativa na gestão da HAS.

Avaliar a adesão medicamentosa pode ser benéfico no planejamento de programas de saúde pública, visto a possibilidade de identificar quais pacientes

necessitam de maior apoio educativo e a adequação dos esquemas terapêuticos, sendo estes trabalhos para a equipe multiprofissional (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

A dificuldade de aderir ao tratamento anti-hipertensivo pode ser superada quando o paciente vivencia uma complicação decorrente da HAS como um acidente vascular encefálico. Sabe-se que a prevenção é a melhor solução para o risco de desenvolvimento de complicações, sendo assim a aderência terapêutica a principal ação de enfermagem ao paciente com hipertensão em todos os serviços de saúde (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

As complicações podem ser caracterizadas como uma hipertensão aguda, quando os níveis pressóricos se elevam, com a presença de sintomas; urgência hipertensiva, que é a elevação da pressão arterial mas com estabilidade clínica e sem lesões em órgãos-alvo; e as emergências hipertensivas, que se constitui na elevação dos níveis tensionais, com quadro clínico grave, que pode acarretar em lesão de órgãos-alvo e até a morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Na tabela 17 observa-se o cruzamento dessas com algumas variáveis sociodemográficas.

TABELA 176 - ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES PARA HAS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Complicações	Idade		Valor de p
	Até 55	Mais de 55	
Não	180 85,71%	132 74,58%	0,007*
Sim	30 14,29%	45 25,42%	
Total	210	177	
Complicações	Sexo		Valor de p
	Masculino	Feminino	
Não	66 71,74%	246 83,39%	0,016*
Sim	26 28,26%	49 16,61%	
Total	92	295	
Complicações	Escolaridade		Valor de p
	Com	Sem	
Não	299 80,16%	13 92,86%	0,321
Sim	74 19,84%	1 7,14%	
Total	373	14	
Complicações	Filhos		Valor de p
	0	> 0	
Não	31 83,78%	281 80,29%	0,827
Sim	6 16,22%	69 19,71%	
Total	37	350	

FONTE: O autor (2015)

Nota: * $p < 0,05$ significância estatística

Nesta pesquisa a presença de complicações foram verificadas em 19,3% dos pacientes, e esta teve significância estatística quando associada aos fatores sociodemográficos como idade e sexo (TABELA 17). A primeira foi recategorizada após ajuste de uma curva ROC - *Receiver Operating Characteristics*, no qual encontrou-se uma área abaixo da curva igual a 0,63 com significância estatística ($p < 0,001$). O que indica que a idade discrimina entre ter ou não complicações, sendo o ponto de corte indicado de 55 anos, e conexa ao sexo masculino.

Estes achados corroboram com o *Guidelines* europeu que considera o sexo masculino com 55 anos ou mais, como fator de risco para mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014). Ao estudar os fatores que contribuíram para o acidente vascular encefálico (AVE) em pacientes com

hipertensão, Mendonça, Lima e Oliveira (2012), observaram prevalência da ocorrência de AVE em homens (61,4%) e com 60 anos ou mais (48, 0%).

Assim, observa-se a prevalência de homens acima de 55 anos nos estudos sobre as complicações da HAS como IAM, AVC, coronariopatias, doença renal, entre outras (NAUTA *et al.*, 2011; PAIM; AZZOLIN; MORAES, 2012; FONSECA *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2014).

O nível de escolaridade também é considerado pela literatura por ter relação direta com o conhecimento da doença, o que interfere no modo de pensar, nas práticas, e ações dos pacientes frente a patologia. Desta forma, os pacientes quando questionados sobre a HAS, definição, causa, complicações, desconhecem ou respondem erroneamente, o que faz estes minimizarem o fato de possuírem uma doença crônica, e das consequências tardias acarretadas por estas (LIMA; BARROS; OLIVEIRA, 2014).

Ao verificar a associação de aspectos socioeconômicos com a ocorrência de doenças crônicas, Almeida *et al.* (2013), verifica uma relação positiva, sendo diretamente proporcional. Porém, nesta pesquisa dos fatores sociodemográficos pesquisados os que tiveram significância estatística com as complicações da HAS foram idade e sexo, e em relação aos fatores de risco observou-se o tabagismo e o etilismo (TABELA 18).

TABELA 18 - ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES E FATORES DE RISCO PARA HAS

Complicações	Obesidade		Valor de p
	Sim	Não	
Não	165	146	0,438
	82,50%	78,92%	
Sim	35	39	
	17,50%	21,08%	
Total	200	185	
Complicações	Atividade de Lazer		Valor de p
	Nenhum	Algum	
Não	73	239	0,138
	75,26%	82,41%	
Sim	24	51	
	24,74%	17,59%	
Total	97	290	
Complicações	Estresse		Valor de p
	Sim	Não	
Não	185	127	0,604
	81,50%	79,38%	
Sim	42	33	
	18,50%	20,63%	
Total	227	160	
Complicações	Atividade Física		Valor de p
	Sim	Não	
Não	135	177	0,796
	81,33%	80,09%	
Sim	31	44	
	18,67%	19,91%	
Total	166	221	
Complicações	Tabagismo		Valor de p
	Sim ou Ex	Nunca	
Não	137	174	0,001*
	73,66%	87,00%	
Sim	49	26	
	26,34%	13,00%	
Total	186	200	
Complicações	Etilismo		Valor de p
	Sim ou Ex	Nunca	
Não	282	30	0,016*
	82,46%	66,67%	
Sim	60	15	
	17,54%	33,33%	
Total	342	45	

FONTE: O autor (2015)

Nota: * $p < 0,05$ significância estatística

Corroborando, com os achados dessa pesquisa Santos e Moreira (2012), observou-se que os pacientes tabagistas que tinham concomitantemente HAS e DM

tiveram taxas maiores de coronariopatias, infarto e doença renal, já o AVC foi destaque entre os participantes fumantes e com diagnóstico isolado de HAS.

Ao descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico no Piauí, foram observados 53,1% de fumantes ou ex-fumantes, 80,7% dos antecedentes familiares tinham HAS, e as patologias de base dos participantes foram HAS com 66,2%, DM 8,3% e glomerulonefrite 0,7% (SALES *et al.*, 2013).

Assim, acredita-se que a hipertensão seja o principal fator de risco para a insuficiência renal crônica (SALES *et al.*, 2013). Corroborando Almeida *et al.* (2013), observou-se a HAS como responsável por 36,13% dos casos de doença renal crônica (DRC), seguido pela associação da hipertensão com diabetes.

Nesta pesquisa verificou-se a associação entre complicações e o diagnóstico de hipertensão e diabetes, concomitantemente, com o tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicamentos e internações no ano anterior ao da entrevista, conforme tabela 19.

TABELA 19 - ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES E ASPECTOS CLÍNICOS E ANTECEDENTES FAMILIARES DOS HIPERTENSOS

Complicações	Antecedentes familiares		Valor de p
	Sim	Não	
Não	297 80,27%	15 88,24%	0,543
Sim	73 19,73%	2 11,76%	
Total	370	17	
Complicações	Diag entrev HAS		Valor de p
	Não	Sim	
Não	97 71,32%	214 85,60%	0,001*
Sim	39 28,68%	36 14,40%	
Total	136	250	
Complicações	Diag entrev HAS e DM		Valor de p
	Não	Sim	
Não	212 85,83%	100 71,43%	0,001*
Sim	35 14,17%	40 28,57%	
Total	247	140	
Complicações	Tempo de Diagnostico		Valor de p
	<9 anos	>10 anos	
Não	188 87,9%	124 71,7%	<0,001*
Sim	26 12,1%	49 28,3%	
Total	214	173	
Complicações	Classificação		Valor de p
	Baixo risco	≠Baixo risco	
Não	145 92,95%	167 72,29%	<0,001*
Sim	11 7,05%	64 27,71%	
Total	156	231	
Complicações	Número de medicamentos		Valor de p
	Até 4	Mais de 4	
Não	243 89,34%	69 60,00%	<0,001*
Sim	29 10,66%	46 40,00%	
Total	272	115	
Complicações	Internações		Valor de p
	Sim	Não	
Não	13 35,14%	299 85,43%	<0,001*
Sim	24 64,86%	51 14,57%	
Total	37	350	

FONTE: O autor (2015)

Nota: *p<0,05 significância estatística

As complicações como as coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal obtiveram associação estatística com a HAS, e desta juntamente com a DM, sendo que 6,2% apresentaram AVC, 4,6% doença arterial coronária, 4,4% IAM, e 0,9% doença renal (Santos; Moreira, 2012), fato este que corrobora com a conexão encontrada nesta pesquisa entre as complicações, a hipertensão e desta juntamente com a DM.

Outro estudo também observou a hipertensão como base para algumas doenças, sendo 71,43% para DRC, 25,71% diabetes, e 2,86% infecção do trato urinário. E as complicações da HAS, DM e infecção do trato urinário foram as responsáveis pelos participantes estarem realizando hemodiálise a mais de cinco anos (SILVA *et al.*, 2014).

Estes achados carecem destaque, visto a gravidade das complicações, por vezes irreversíveis ou que podem levar ao óbito. Assim, fazem-se necessárias reflexões por parte dos gestores e profissionais de saúde em estratégias de enfrentamento da HAS e DM, principalmente pela falta de informações e não aderência terapêutica (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANNA, 2011).

Ao associar os aspectos de risco com as complicações da HAS e DM Santos e Moreira (2012), perceberam correlação dos antecedentes familiares com as coronariopatias e com o IAM, diferentemente desta pesquisa na qual os antecedentes familiares não tiveram significância estatística com as complicações da HAS.

Com relação aos hábitos alimentares não obteve-se significância estatística com as complicações da HAS (TABELA 20). O alto risco de mortalidade em decorrência destas é constantemente associado ao excesso do consumo de sal. Deste modo, 91,2% dos entrevistados no estudo de Sousa *et al.* (2013), relataram como prática não adicionar sal após o preparo dos alimentos.

Mas apesar do relato do baixo consumo de sal, os autores observaram que 35,2% consumiam temperos industrializados diariamente, e 48,8% eventualmente. Fato este que demonstra desconhecimento por parte dos participantes, visto a alta presença de sódio nesses produtos (SOUSA *et al.*, 2013). A ingestão de gordura saturada é outro fator associado ao aumento de complicações da HAS (Coca *et al.*, 2010), que não foi comprovado estatisticamente nesta pesquisa.

TABELA 207 - HÁBITOS ALIMENTARES ASSOCIADOS COM COMPLICAÇÕES PARA HAS

Complicações	Ingesta hídrica		Valor de p
	Sim	Não	
Não	13 35,14%	299 85,43%	0,740
Sim	24 64,86%	51 14,57%	
Total	37	350	

Complicações	Uso de sal			Valor de p
	Nunca	Prova	Sempre	
Não	296 80,65%	12 80,00%	4 80,00%	----
Sim	71 19,35%	3 20,00%	1 20,00%	
Total	367	15	5	

FONTE: O autor (2015)

Nota: * $p < 0,05$ significância estatística

Quando verificado a associação de complicações com os questionários utilizados nesta pesquisa observou-se significância estatística com o SF36 nos componentes físico e mental, com o BMQ no domínio recordação e com o de depressão de Beck (TABELA 21). Corroborando com a relação positiva entre a complicação AVE, originada pela HAS, e o sedentarismo, no estudo de Tavares *et al.* (2014), vez que todos os pacientes com AVE eram sedentários.

TABELA 21 - ASSOCIADOS DAS COMPLICAÇÕES DA HAS COM A QUALIDADE DE VIDA, ADESÃO MEDICAMENTOSA E DEPRESSÃO

Complicação	SF-36 Componente físico		Valor de p
	Até 245	Mais de 245	
Não	97 68,79%	215 87,40%	< 0,001*
Sim	44 31,21%	31 12,60%	
Total	141	246	
Complicação	SF-36 Componente mental		Valor de p
	Até 277	Mais de 277	
Não	109 72,19%	203 86,02%	0,001*
Sim	42 27,81%	33 13,98%	
Total	151	236	
Complicação	BMQ – Recordação		Valor de p
	0	1 ou 2	
Não	69 90,79%	234 78,26%	0,014*
Sim	7 9,21%	65 21,74%	
Total	76	299	
Complicações	Depressão de Beck		Valor de p
	Leve a moderada	17	
Não	82,40% 63	58,62% 12	0,005*
Sim	17,60% 358	41,38% 29	
Total	295	17	

FONTE: O autor (2015)

Nota: *p<0,05 significância estatística

O fato da HAS ser assintomática proporciona o surgimento de complicações, fato que contribuiu no estudo de Maciel *et al.* (2011), para os participantes associarem a vivência do IAM e da insuficiência renal com a concepção da hipertensão. Esta situação confirma o caráter de “assassina silenciosa” atribuída a HAS, visto muitos pacientes se considerarem doentes somente após uma complicação (ULBRICH; MANTOVANI, 2014).

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, CA, antecedentes familiares e idade elevada (TAVARES *et al.*, 2014). Contudo, nesta pesquisa nem todos estes tiveram associação estatística significativa com o desenvolvimento de complicações. Teve destaque a idade, sexo, tabagismo, etilismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco, quantidade de medicamentos em uso, e depressão.

Assim, enfatiza-se atenção dos serviços e profissionais de saúde aos pacientes com HAS, com o objetivo de identificar os que possuem níveis maiores de evolução para uma complicação, e conseqüentemente auxiliar no gerenciamento dos cuidados deste, para evitá-las ou postergá-las.

Neste sentido, após identificar as variáveis preditoras para o desenvolvimento de complicações associados a HAS foi verificado o efeito destas sobre a probabilidade da presença de complicação, através de um modelo de Regressão Logística (*stepwise backward*), incluindo-se como variáveis explicativas aquelas que apresentaram valor de $p < 0,05$ na análise univariada.

Estas foram: idade (até 55 anos ou mais de 55 anos); sexo (masculino e feminino); tabagismo (sim/ex-tabagista ou não tabagista); etilista (sim/ex-etilista ou não etilista); DM (sim ou não); tempo de diagnóstico (até 10 anos ou mais de 10 anos); classificação na US (baixo risco ou diferente de baixo risco); tempo de atividades na semana (< 50 minutos ou ≥ 50 minutos); depressão (grave ou diferente de grave); número de medicações em uso (até 4 ou mais de 4); SF-36 (componente físico ≤ 245 e/ou componente mental ≤ 277 : desfavorável ou componente físico > 245 e componente mental > 277 : favorável).

Assim, testou-se a hipótese nula de que a probabilidade da presença de complicação é igual para as duas classificações da variável, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Na tabela 22 são apresentados os valores de p dos testes estatísticos e os valores de OR com respectivos intervalos de confiança de 95% considerando-se as variáveis que permaneceram no modelo.

TABELA 22 - APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO PRIMEIRO MODELO MULTIVARIADO DE VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA

Variáveis predictoras	Classif	Com complic	Valor de p*(univ)	Valor de p** (multiv)	OR (IC95%)
Idade (anos)	Até 55	14,3%			
	Mais de 55	25,4%	0,007	0,043	1,83 (1,02 - 3,30)
Sexo	Fem	16,6%			
	Masc	28,3%	0,016	0,017	2,23 (1,15 - 4,31)
Tabagismo	Não	13,0%			
	Sim/ex	26,3%	0,001	0,030	1,95 (1,06 - 3,55)
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	12,1%			
	Mais de 10	28,3%	<0,001	0,011	2,19 (1,2 - 4,01)
Classificação de risco US	Baixo	7,1%			
	Médio/alto/muito alto	27,7%	<0,001	0,001	3,30 (1,59 - 6,87)
Número de medicamentos em uso	Até 4	10,7%			
	Mais de 4	40,0%	<0,001	<0,001	3,88 (2,15 - 7,00)
SF-36 Componentes físico e mental	Favorável***	12,4%			
	Desfavorável***	26,3%	0,001	0,017	2,12 (1,14 - 3,93)

FONTE: O autor (2015)

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

**Modelo de Regressão Logística (stepwise backward) e teste de Wald, $p < 0,05$

***Favorável : físico > 245 e mental > 277 ; Desfavorável: físico ≤ 245 e/ou mental ≤ 277

Devido à dificuldade de avaliar a qualidade de vida na proposta da escala de predição de complicação, e considerando-se que a variável SF-36 está fortemente associada à depressão ($p < 0,001$), um segundo modelo foi ajustado retirando-se a variável SF-36 e incluindo-se a depressão (TABELA 23).

TABELA 23 - APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO SEGUNDO MODELO MULTIVARIADO DE VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA

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

FONTE: O autor (2015)

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

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

Após o ajuste do modelo multivariado, a partir dos valores estimados da OR foi construída uma escala de pontos com variação de 0 a 100. Para tanto, foi calculada a representatividade de cada variável considerando-se a soma dos valores de OR (TABELA 24).

TABELA 24 - CLASSIFICAÇÃO E PONTUAÇÃO DOS DETERMINANTES PARA COMPLICAÇÕES DA HAS

Variáveis preditoras	Classif	Número de pontos
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Fem	0
	Masc	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco US	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

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Considera-se paciente com depressão quem tiver diagnóstico médico e com medicação prescrita.

A gravidade do risco de complicação foi definida arbitrariamente, sendo baixo menor de 25%, moderado entre 25% e 49,9%, alto 50% a 74,9%, e muito alto maior que 75%. Os perfis de pacientes definidos pelas variáveis incluídas no modelo multivariado, a probabilidade estimada de ter complicação e o número de pontos da escala, foram apresentados em quatro tabelas de acordo com o sexo e idade (TABELA 25, 26, 27, 28), dados estes que originaram a proposta da escala.

TABELA 25 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO MASCULINO ATÉ 55 ANOS

Tabagismo	Tempo de diagnóstico	Classificação de risco US	Número de medicamentos em uso	Depressão	Probabilidade de ter complicação	Pontos na escala	Classificação da probabilidade de complicação**		
Tab/ex	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	82%	90	Muito alta		
				Sim	64%	76	Alta		
			Baixo	Até 4	Não	53%	68	Alta	
				Sim	31%	54	Moderada		
			Até 10	Mais de 4	Não	58%	72	Alta	
				Sim	36%	58	Moderada		
	Não tab	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	65%	77	Alta	
					Sim	43%	63	Moderada	
				Baixo	Até 4	Não	32%	55	Moderada
					Sim	16%	41	Baixa	
				Até 10	Mais de 4	Não	37%	59	Moderada
					Sim	19%	45	Baixa	
Até 10		Não baixo	Mais de 4	Não	13%	37	Baixa		
				Sim	6%	23	Baixa		
			Baixo	Mais de 4	Não	68%	79	Alta	
				Sim	46%	65	Moderada		
			Até 10	Até 4	Não	35%	57	Moderada	
				Sim	18%	43	Baixa		
Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	40%	61	Moderada			
			Sim	21%	47	Baixa			
		Baixo	Até 4	Não	14%	39	Baixa		
			Sim	6%	25	Baixa			
		Até 10	Mais de 4	Não	48%	66	Moderada		
			Sim	27%	52	Moderada			
Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	19%	44	Baixa			
			Sim	8%	30	Baixa			
		Baixo	Mais de 4	Não	22%	48	Baixa		
			Sim	10%	34	Baixa			
	Até 10	Mais de 4	Não	7%	26	Baixa			
		Sim	3%	12	Baixa				

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Favorável: físico > 245 e mental > 277; Desfavorável: físico ≤ 245 e/ou mental ≤ 277

** Baixa: < 25%; moderada: de 25% a 49,9%; alta: de 50% a 74,9%; muito alta: 75% ou mais

TABELA 26 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO FEMININO ATÉ 55 ANOS

Tabagismo	Tempo de diagnóstico	Classificação de risco US	Número de medicamentos em uso	Depressão	Probabilidade de ter complicação	Pontos na escala	Classificação da probabilidade de complicação**
Tab/ex	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	68%	78	Alta
				Sim	45%	64	Moderada
		Baixo	Mais de 4	Não	34%	56	Moderada
				Sim	17%	42	Baixa
			Até 4	Não	39%	60	Moderada
				Sim	21%	46	Baixa
	Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	14%	38	Baixa
				Sim	6%	24	Baixa
		Baixo	Mais de 4	Não	47%	65	Moderada
				Sim	26%	51	Moderada
			Até 4	Não	18%	43	Baixa
				Sim	8%	29	Baixa
Não tab	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	22%	47	Baixa
				Sim	10%	33	Baixa
		Baixo	Mais de 4	Não	7%	25	Baixa
				Sim	3%	11	Baixa
			Até 4	Não	50%	67	Moderada
				Sim	28%	53	Moderada
	Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	20%	45	Baixa
				Sim	9%	31	Baixa
		Baixo	Mais de 4	Não	24%	49	Baixa
				Sim	11%	35	Baixa
			Até 4	Não	7%	27	Baixa
				Sim	3%	13	Baixa
Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	30%	54	Moderada	
			Sim	14%	40	Baixa	
	Baixo	Mais de 4	Não	10%	32	Baixa	
			Sim	4%	18	Baixa	
		Até 4	Não	12%	36	Baixa	
			Sim	5%	22	Baixa	
Até 4	Não	3%	14	Baixa			
	Sim	1%	0	Baixa			

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Favorável: físico > 245 e mental > 277; Desfavorável: físico ≤ 245 e/ou mental ≤ 277

** Baixa: < 25%; moderada: de 25% a 49,9%; alta: de 50% a 74,9%; muito alta: 75% ou mais

TABELA 27 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO MASCULINO MAIOR DE 55 ANOS

Tabagismo	Tempo de diagnóstico	Classificação de risco US	Número de medicamentos em uso	Depressão	Probabilidade de ter complicação	Pontos na escala	Classificação da probabilidade de complicação**		
Tab/ex	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	89%	100	Muito alta		
				Sim	77%	86	Muito alta		
			Baixo	Até 4	Não	68%	78	Alta	
				Sim	46%	64	Moderada		
			Até 10	Mais de 4	Não	73%	82	Alta	
				Sim	51%	68	Alta		
	Não tab	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	78%	87	Muito alta	
					Sim	59%	73	Alta	
				Baixo	Até 4	Não	47%	65	Moderada
					Sim	27%	51	Moderada	
				Até 10	Mais de 4	Não	53%	69	Alta
					Sim	31%	55	Moderada	
Não tab		Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	22%	47	Baixa	
					Sim	10%	33	Baixa	
				Baixo	Até 4	Não	56%	71	Alta
					Sim	34%	57	Moderada	
				Até 10	Mais de 4	Não	24%	49	Baixa
					Sim	11%	35	Baixa	
	Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	63%	76	Alta		
				Sim	41%	62	Moderada		
			Baixo	Até 4	Não	30%	54	Moderada	
				Sim	15%	40	Baixa		
			Até 10	Mais de 4	Não	35%	58	Moderada	
				Sim	18%	44	Baixa		
	Até 10	Mais de 4	Não	12%	36	Baixa			
		Sim	5%	22	Baixa				

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Favorável: físico > 245 e mental > 277; Desfavorável: físico ≤ 245 e/ou mental ≤ 277

** Baixa: < 25%; moderada: de 25% a 49,9%; alta: de 50% a 74,9%; muito alta: 75% ou mais

TABELA 28 - PROBABILIDADE ESTIMADA DE TER COMPLICAÇÃO PARA HIPERTENSOS DO SEXO FEMININO MAIOR DE 55 ANOS

Tabagismo	Tempo de diagnóstico	Classificação de risco US	Número de medicamentos em uso	Depressão	Probabilidade de ter complicação	Pontos na escala	Classificação da probabilidade de complicação**		
Tab/ex	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	80%	88	Muito alta		
				Sim	61%	74	Alta		
			Baixo	Até 4	Não	50%	66	Moderada	
				Sim	28%	52	Moderada		
			Até 10	Mais de 4	Não	55%	70	Alta	
				Sim	33%	56	Moderada		
		Baixo	Até 4	Não	24%	48	Baixa		
			Sim	11%	34	Baixa			
	Não tab	Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	63%	75	Alta	
					Sim	40%	61	Moderada	
				Baixo	Até 4	Não	30%	53	Moderada
					Sim	14%	39	Baixa	
			Até 10	Mais de 4	Não	35%	57	Moderada	
				Sim	17%	43	Baixa		
		Baixo	Até 4	Não	12%	35	Baixa		
			Sim	5%	21	Baixa			
Não tab		Mais de 10	Não baixo	Mais de 4	Não	65%	77	Alta	
					Sim	43%	63	Moderada	
				Baixo	Até 4	Não	32%	55	Moderada
					Sim	16%	41	Baixa	
			Até 10	Mais de 4	Não	37%	59	Moderada	
				Sim	19%	45	Baixa		
		Baixo	Até 4	Não	13%	37	Baixa		
			Sim	6%	23	Baixa			
	Até 10	Não baixo	Mais de 4	Não	45%	64	Moderada		
				Sim	24%	50	Baixa		
			Baixo	Até 4	Não	17%	42	Baixa	
				Sim	7%	28	Baixa		
		Até 4	Mais de 4	Não	20%	46	Baixa		
			Sim	9%	32	Baixa			
	Baixo	Até 4	Não	6%	24	Baixa			
		Sim	2%	10	Baixa				

FONTE: O autor (2015)

Nota: *Favorável: físico > 245 e mental > 277; Desfavorável: físico ≤ 245 e/ou mental ≤ 277

** Baixa: < 25%; moderada: de 25% a 49,9%; alta: de 50% a 74,9%; muito alta: 75% ou mais

Na figura 2 é apresentado o diagrama de dispersão considerando-se no eixo horizontal o número de pontos da escala, e no eixo vertical a probabilidade estimada de ter complicação. Cada ponto do gráfico corresponde a um perfil de paciente definido pelas variáveis incluídas no modelo.

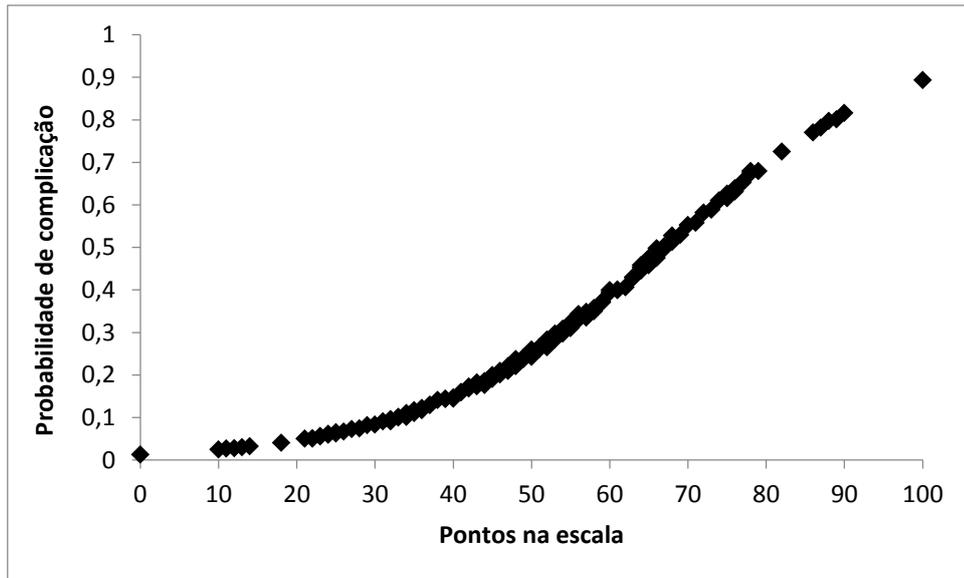


FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE A PROBABILIDADE DE COMPLICAÇÃO ESTIMADA PELO MODELO E O NÚMERO DE PONTOS DA ESCALA CONSTRUÍDA
 FONTE: O autor (2015)

A partir desta correspondência entre o número de pontos na escala e a probabilidade de ter complicação, foi estabelecido a classificação de gravidade do risco de complicação (TABELA 29).

TABELA 29 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO RISCO DE COMPLICAÇÃO DA HAS

Probabilidade de ter complicação	Risco de complicação	Pontos na escala
Menor do que 25%	Baixo	Até 50
25% a 49,9%	Moderado	51 a 67
50% a 74,9%	Alto	68 a 82
75% ou mais	Muito alto	Mais de 82

FONTE: O autor (2015)

5.1 PROPOSTA DE ESCALA DE PREDIÇÃO DE COMPLICAÇÃO DA HAS E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DO CUIDADO

Elaborou-se uma escala dividida em duas partes, a primeira com as variáveis que obtiveram significância estatística na análise multivariada, e os pesos atribuídos com base nos valores do OR, e a segunda uma proposta de protocolo para o gerenciamento de cuidados (QUADRO 5). Enfatiza-se que uma limitação para a utilização dessa escala foi a sua concepção em população adulta hipertensa.

As variáveis inseridas na 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 (GRIMSRUD *et al.*, 2009; MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012; SANTOS; MOREIRA, 2012; OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2012; BAUTISTA *et al.*, 2012; SALES *et al.*, 2013; ALVES, M.C.B. *et al.*, 2013; SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, 2014; STASIAK *et al.*, 2014).

As ações de gerenciamento do cuidado foram elaboradas a partir das orientações nos manuais: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), Linha de cuidados, Hipertensão e Diabetes (Opas, 2010) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011).

As ações de cuidado aos pacientes com doenças crônicas são estipuladas e divulgadas nacionalmente, como a capacitação dos trabalhadores da equipe de saúde, priorização da educação em saúde e monitoramento das atividades desenvolvidas, identificação dos pacientes com risco elevado de complicações, proporcionar e acompanhar o cuidado individualizado, entre outros (OPAS, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2011).

Contudo, o modo de realizar estas ações não é especificado ficando a critério de cada gestor. A identificação dos pacientes com risco cardiovascular elevado comumente se dá pelo score de Framingham (OPAS, 2010), contudo este avalia o risco cardíaco de uma maneira genérica, assim espera-se que o instrumento desta pesquisa possibilite aos profissionais de saúde identificarem os pacientes adultos com potencial de desenvolver complicações para HAS.

Com base nas estratégias estipuladas pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, e com os resultados dos estudos realizados até então pela pesquisadora (Mantovani *et al.*, 2008a; Ulbrich *et al.*, 2012; Ulbrich; Mantovani, 2014; Mattei *et al.*, 2014), foram sugeridas ações para o gerenciamento do cuidado conforme o nível classificado, para se evitar e/ou postergar as

consequências decorrentes da HAS. A proposta de gerenciamento do cuidado consistiu em consultas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, visitas domiciliares, pactuação de metas, atividades educativas em saúde, e reclassificação anual.

No Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), são estipuladas consultas médicas mensais aos pacientes não aderentes, com dificuldades no controle dos níveis pressóricos e com lesões em órgãos alvo e/ou comorbidades. Consultas trimestrais aos hipertensos com lesões em órgãos alvo e/ou comorbidades, mesmo com a pressão arterial controlada. E consultas a cada seis meses os pacientes com níveis pressóricos controlados e sem lesões em órgãos alvo ou comorbidades. As consultas de enfermagem são recomendadas com foco preventivo, mas sem estipular um mínimo necessário. E o atendimento com os demais profissionais são indicados quando necessário.

Contudo, com a implantação da farmácia popular e a possibilidade de adquirir os medicamentos para HAS, DM e asma gratuitamente, faz-se necessário o paciente apresentar documento com foto e prescrição médica, sendo esta com validade de 120 dias a partir da data de emissão, conforme preconiza o Ministério da Saúde na Portaria número 971, de 15 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b).

No estado do Paraná são recomendadas consultas médicas, de enfermagem e atendimentos com a equipe de enfermagem intercaladas. Para os pacientes hipertensos de baixo risco considera-se uma consulta médica anual intercalada com uma anual de enfermagem. Para o médio risco as consultas médicas e de enfermagem são indicadas semestralmente, sendo o atendimento com a equipe de enfermagem trimestral. E para os pacientes de alto e muito alto risco estipula-se consultas médicas e de enfermagem a cada quatro meses e bimestral com a equipe de enfermagem (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2014).

O protocolo para pacientes com HAS no município de Curitiba, Paraná estipula uma rotina de consultas médicas e de enfermagem anuais para os pacientes classificados como baixo e médio risco, sendo atendidos trimestralmente pela equipe de enfermagem, e os de alto e muito alto risco com consultas médicas e de enfermagem trimestrais, e mensalmente com a equipe de enfermagem (CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, 2004).

Desta forma, neste protocolo de gerenciamento do cuidado foram sugeridas consultas médicas e de enfermagem para os pacientes com baixo e moderado risco

de complicações no mínimo três vezes ao ano, para o alto risco a cada três meses, sendo completada com outros profissionais quando necessário, e para o muito alto risco consultas mensalmente alternadas entre os profissionais.

As visitas domiciliares aos pacientes com HAS foram ações estipuladas no protocolo de gerenciamento do cuidado, sendo ao menos duas vezes ao ano para hipertensos com baixo risco de complicações, no mínimo três vezes no ano para o risco moderado, e conforme a necessidade para os riscos alto e muito alto. Acredita-se que o fato de ir ao domicílio possibilita conhecer o paciente, sua família e seu cotidiano o que facilita o controle pressórico, as orientações de prevenção, e o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Corroborando, os autores Gaio *et al.* (2013), avaliaram pacientes hipertensos e acompanharam 16 através de doze visitas domiciliares com intervalos quinzenais durante seis meses, sendo realizada uma reavaliação após seis meses da última visita domiciliar. Os autores perceberam que o atendimento no domicílio proporcionou controle pressórico, pois aumentou o conhecimento e as atitudes positivas frente a terapêutica vez que os profissionais de saúde passam a compreender e considerar as crenças, mitos, valores e modo de viver destes.

A visita domiciliar ainda se constitui em um método, para “fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços com vistas a considerar os fluxos e respostas aos portadores com DCNT”, do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2011, p.118).

As visitas domiciliares juntamente com as consultas médicas e de enfermagem subsidiam os profissionais para auxiliar e empoderar os pacientes na gerência de sua própria saúde. Segundo Mendes (2012), isto é possível quando o cuidado é compartilhado entre profissional, hipertenso e rede de apoio, sendo a saúde neste processo avaliada pelo plano de cuidados que incluem técnicas de solução de problemas e monitoramento como a fixação de metas.

A pactuação de metas como chamamos na proposta de gerenciamento do cuidado é orientada para os pacientes hipertensos com riscos moderado, alto e muito alto de complicações. No estudo de Moreira, Mantovani e Soriano (2015, no prelo), em que avaliaram o gerenciamento de caso em pacientes com DM, observou-se melhora dos níveis glicêmicos, e que o enfermeiro gestor de caso no processo de cuidar contribui positivamente no tratamento o que conseqüentemente reduz o risco de complicações crônicas.

Portanto, faz-se necessária a participação do paciente hipertenso juntamente com o profissional de saúde no processo de criar metas e estratégias atingíveis com vistas ao gerenciamento do cuidado. Esta ação deriva da educação em saúde individualizada com intuito de que o paciente reconheça, compreenda e conscientize-se a respeito da terapêutica e de sua situação de adoecimento (BALDUINO *et al.*, 2013).

Ressalta-se que para atender o protocolo de gerenciamento do cuidado faz-se necessário o diálogo entre profissionais, pacientes e/ou familiares, para que se reconheçam as reais necessidades destes para a estipulação das metas e cuidados que serão imprescindíveis, assim como para o processo contínuo de educação em saúde.

Segundo Mattei *et al.* (2014), a educação em saúde deve permear o cuidado de enfermagem com enfoque para as necessidades individuais de cada paciente, sendo que tecnologias como os protocolos auxiliam nas orientações, estipulações de metas, avaliações e acompanhamento dos pacientes pelos gerentes de caso.

Assim, o enfermeiro ao utilizar estes métodos na realização da educação em saúde pode propiciar aos pacientes o autogerenciamento das doenças crônicas e postergar e/ou evitar o aparecimento de complicações e hospitalizações decorrentes destas patologias (MATTEI *et al.*, 2014).

Fato que vai ao encontro do estudo de Ulbrich e Mantovani (2014), que após atividades educativas com grupo de hipertensos e diabéticos perceberam autonomia por parte destes, vez que respeitavam as orientações fornecidas pelos profissionais e adaptavam ao seu modo de viver. Os autores notaram ainda que os pacientes ao aderirem ao tratamento reforçam a importância das ações educativas e do acompanhamento profissional no cuidado das doenças crônicas.

Variáveis preditoras	Classificação	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	Mais de 55	10
Sexo	Fem	0
	Masc	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ex	11
Tempo de diagnóstico (anos)	Até 10	0
	Mais de 10	13
Classificação de risco US*	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
*Quando não tiver classificação de risco na US considera-se o risco cardiovascular de Framingham		
**Todos os medicamentos utilizados		
***Considera-se depressão grave quando tem diagnóstico médico com tratamento medicamentoso		
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 Gerenciamento de Cuidados		
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. 	

QUADRO 5 - ESCALA DE FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES DA HAS E AÇÕES PARA GERENCIAMENTO DE CUIDADO

FONTE: O autor (2015)

Nota: *As atividades de Educação em Saúde devem ser oferecidas mensalmente; **Gestor de caso se justifica nas duas últimas classificações.

Esta escala elaborada nesta pesquisa, vai ao encontro das prioridades de pesquisa em enfermagem, construídas coletivamente com seleção dos temas e problemas que relacionam a prática com a teoria, e que implicam em distinguir o que é essencial para a constituição do saber próprio (OLIVEIRA, 2013). Estas prioridades são definidas pelos eixos norteadores:

“o cuidado de enfermagem e os seus sujeitos; os problemas nacionais transversais; as competências profissionais e os campos de pesquisa que exigem indução para o seu desenvolvimento e fortalecimento, caracterizando a prática de pesquisa disciplinar do campo, focada não apenas nos processos mórbidos e no problema clínico, mas na visão integral do processo saúde-doença” (Oliveira, 2013, p.568).

Assim como corrobora com a necessidade de pesquisa em Doenças Não Transmissíveis, com prioridade para a HAS, DM e obesidade, o qual destaca o desenvolvimento de técnicas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce dessas (BRASIL, 2006).

Para Panerai e Penã-Mohr (1989), todos os tipos de conhecimento que são aplicados para solucionar ou reduzir problemas de saúde em pessoas e/ou populações são consideradas tecnologias em saúde. Deste modo, estas consistem em “medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos” (BRASIL, 2009, p.19).

A criação de um instrumento insere-se no desenvolvimento de tecnologias em saúde, este método de inovação tecnológica inicia com a concepção de um produto, processo, ou prática, e termina com o primeiro uso dessa. E neste intermeio geralmente são realizadas avaliações econômicas, de riscos e benefícios, porém os impactos são observados após a difusão da tecnologia (BRASIL, 2009).

As tecnologias são classificadas em leve, dura e leve-dura, a primeira diz respeito às relações, produção de comunicação, acolhimento, vínculos e autonomização; as duras são os recursos materiais, equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; e as tecnologias leve-duras se relacionam a estruturação dos saberes no processo de saúde (MERHY,1997).

O instrumento elaborado nessa pesquisa classifica-se como uma tecnologia leve-dura, visto estruturar um saber para auxiliar na identificação e orientação do cuidado ao paciente com HAS. Para Salvador *et al.* (2012), o trabalho sistematizado e organizado colabora com a inovação da prática profissional, ao sistematizar as informações, proporcionar segurança e qualificação do cuidado, assim como direcionar a terapêutica com vistas a melhor decisão clínica, pois proporciona atendimento eficiente, eficaz e convergente às necessidades do paciente.

6 CONCLUSÕES

O perfil sociodemográfico e econômico dos participantes da amostra caracterizou-se predominantemente por mulheres, com média de 52,9 anos, casadas, com até três filhos, católicas, com menos de oito anos de escolaridade, residindo com três pessoas no mesmo domicílio, em habitação própria, ativas no trabalho ou trabalhadoras do lar, e com renda familiar de até três salários mínimos.

Os determinantes de complicações da HAS identificados foram a idade, sexo, tabagismo, etilismo, possuir HAS e DM, tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicamentos em uso, internamentos no ano anterior ao da entrevista, tempo de atividades diárias, qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, sociais, emocionais, e saúde mental, a recordação para a não adesão medicamentosa, e a depressão.

Foram selecionados como indicadores de predição para compor a escala de complicações para pacientes hipertensos a idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicamentos em uso, e depressão, visto a possibilidade de avaliação destes.

Nesta pesquisa foi elaborada a escala e as avaliações desta serão realizadas posteriormente em outras pesquisas. Primeiramente encontra-se em andamento o processo de validação do conteúdo da escala com os *experts* da temática hipertensão na área de enfermagem, sendo estes pesquisadores, docentes, e enfermeiros assistenciais. Após a escala será testada em diferentes populações, tanto no sistema público como privado com pacientes adultos hipertensos e futuramente adaptada para outras patologias crônicas, se possível.

A contribuição dessa pesquisa para o Sistema Único de Saúde se dá pela relevância dessa escala na identificação de risco para complicações da HAS, a qual pode ser utilizada, sem custos monetários, nas consultas pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde. Ao identificar o risco de desenvolver complicações, os profissionais de saúde podem juntamente com o paciente gerenciar o cuidado com o objetivo de postergar e/ou evitar essas, mediante ações que visem não somente o controle pressórico mas a perspectiva de solução das necessidades advindas da pessoa com HAS colaborando assim com melhor qualidade de vida.

As ações de gerenciamento do cuidado, propostas nessa pesquisa, têm o intuito de propiciar subsídios ao paciente hipertenso compreender o seu processo saúde-doença, com apoio e acompanhamento profissional. Assim, estimula-se o cuidado individual direcionado as necessidades do paciente, além de propiciar vínculo entre ambas as partes, o que pode acarretar em autonomia na condução do cuidado.

Essa pesquisa caracteriza-se como uma inovação na área da enfermagem, pois além da aplicação na prática profissional, outros estudos devem ser realizados para verificar a utilização desta escala em diferentes populações sócioeconômicas, os efeitos do uso dessa a longo prazo, e a possibilidade de adaptação para outras patologias crônicas.

Considera-se que a influência dos determinantes sociais no adoecimento, na autonomia do cuidado e na condução terapêutica não foram avaliados nesta pesquisa mas certamente influenciariam os resultados. Outra questão observada foi de que algumas variáveis preditoras não possuem forte evidência científica de sua influência no aparecimento de complicações para a HAS, fato que pode direcionar os pesquisadores na comprovação dessas para novas descobertas.

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, F.; LEVINE, E. **Better patient care through nursing research**. New York: MacMillan, 1965.

AHMAD, W. M. A. W.; *et al.* Influence of hypertension and diabetes mellitus on family history of heart attack in male patients. **Applied Mathematical Sciences**, v. 6, n. 66, p. 3259-3266, 2012. Disponível em: <http://m-hikari.com/ams/ams-2012/ams-65-68-2012/alengAMS65-68-2012.pdf>. Acesso em 20/10/2014.

ALGHURAIR, S. A.; *et al.* A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 12, p. 877-886, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/23205755>. Acesso em 21/10/2014.

ALMEIDA, M. I. C.; *et al.* Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n.1, p.157-168, 2013. Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/290>. Acesso em 12/10/2014.

ALVES, M. C. B.; *et al.* A qualidade de vida de pacientes hipertensos em uma estratégia saúde da família, Ananindea-Pará. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.1, p. 1659-1671, 2013. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/320>. Acesso em 27/10/2014.

ALVES, T. O. S.; *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 135-140, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/585>. Acesso em 28/10/2014.

ANDRADE, J. M. O.; *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151020>. Acesso em 26/10/2014.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.25, n.6, nov-dez. 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256a.htm>. Acesso em: 04/04/2012.

AZEVEDO, A. L. S.; *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>. Acesso em 15/08/2014.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 313-317, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a03.pdf>. Acesso em 16/08/2014.

BALDUÍNO, A. F. A.; *et al.* Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 37-44, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42867>. Acesso em 18/07/2014.

BAUTISTA, L. E.; *et al.* Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. **Am J Hypertens.**, v. 25, n. 4, p. 505-511, apr. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588114/>. Acesso em 20/06/2014.

BECK, A. T.; *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety. **J Consult Clin Psychol.**, v. 56, n. 6, p. 893-897, dec. 1988.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>. Acesso em: 08/05/2012.

BENTO, V. F. R.; BROFMAN, P. R. S. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba-Paraná. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n. 6, p. 490-496, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n6/a13v92n6.pdf>. Acesso em: 10/05/2012.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. **Bioestatística**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1985.

BERTOLUCCI, P. H. F.; *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 52, n. 1, p.1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em 15/03/2012.

BESEN, C. B.; *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v.6, n.1, p. 57-68, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>. Acesso em 22/05/2012.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.4, p.550-555, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>. Acesso em 10/11/2014.

BEZERRA, I. M. P.; SILVA, J. C.; GOMES, S. C. Mudanças nos aspectos sociais de hipertensos por meio da atividade física: desvelando a importância do profissional de educação física. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 56-64, 2011. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1083/1285>. Acesso em 15/10/2014.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**, v.14, n.2, p. 84-88, 2007. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>. Acesso em 04/06/2012.

BOING, A. F.; *et al.* Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/aop3321.pdf>. Acesso em 05/05/2014.

BOTH, J. E.; *et al.* Grupos de convivência: uma estratégia de inserção do idoso na sociedade. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 995-998, jan-jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistasunijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1718/1421>. Acesso em 07/11/2014.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**. 1996. Brasília: CNS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em 20/03/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prioridades de pesquisa em saúde:** Ministério da Saúde – Decit 2006: caderno 1 – editais temáticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela1.html>. Acesso em: 17/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores:** doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_rede_carmem.pdf. Acesso em 18/11/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doenças_cronicas.pdf. Acesso em 05/01/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Programa Farmácia Popular do Brasil:** Manual de Informações às Unidades Credenciadas: Sistema de Co-Pagamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/farmacia_popular_manual_sistema_copagamento_2ed.pdf. Acesso em 13/01/2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de Tecnologias em Saúde:** Ferramentas para a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf. Acesso em 30/11/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf. Acesso em: 04/04/2012.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466.** 2012. Brasília: CNS,2012.

_____. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA: apresentação. 2012a. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15/03/2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0971_15_05_2012.html. Acesso em: 10/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf. Acesso em 20/02/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em 18/11/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/morbidade/Vigitel-2013.pdf>. Acesso em 10/11/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em 18/11/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>. Acesso em 17/11/2014.

BRITO, I. L.; *et al.* Avaliação das funções executivas em idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. **Cuad. Neuropsicol.**, v. 6, n. 1, p. 46-62, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v6n1/a05.pdf>. Acesso em: 30/10/2014.

CARVALHO, M. A. N.; *et al.* Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v.98, n.5, p. 442-451, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n5/aop03112.pdf>. Acesso em 25/10/2014.

CARVALHO, M. V.; *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>. Acesso em 25/10/2014.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.esp., p. 930-936, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf. Acesso em 04/09/2014.

CHAMBLESS, L. E.; *et al.* On the use of a logistic risk score in predicting risk of coronary heart disease. **Stat Med.**, v. 9, n. 4, p. 385-396, apr. 1990.

CHAVES, M. L. F.; *et al.* Doença de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. **Dement Neuropsychol**, v. 5, suppl. 1, p. 21-33, jun. 2011. Disponível em: http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=283. Acesso em 04/07/2012.

CICONELLI, R. M.; *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai-jun. 1999.

COCA, A. L.; *et al.* Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados-MS. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 244-257, mai-ago. 2010. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/937/pdf>. Acesso em 19/10/2014.

COLEMAN, R. Disease burden in sub-Saharan Africa. **The Lancet.**, v. 351, n. 9110, p. 1208, apr. 1998. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(05\)79158-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(05)79158-3.pdf). Acesso em 15/07/2012.

COLEMAN, K.; *et al.* Evidence on the chronic care model in the new millennium. **Health Aff(Millwood)**, v.28, n.1, p.75-85, jan-feb. 2009. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.long>. Acesso em 17/06/2014.

COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.53-58, jan-mar. 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a08.pdf>. Acesso em 20/07/2012.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica**. 2004. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/saude-adulto/hipertensao-arterial>. Acesso em: 15/01/2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2014a. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/perfil-da-cidade-de-curitiba/174>. Acesso em: 28/08/2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2014b. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/rede-de-atencao>. Acesso em: 28/08/2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2014c. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/localizacao-de-servicos-da-saude?id=157>. Acesso em: 28/08/2014.

DANCER, S.; COURTNEY, M. Improving diabetes patient outcomes: framing research into the chronic care model. **J Am Acad Nurse Pract.**, v. 22, n. 11, p. 580-585, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21054631>. Acesso em 01/08/2014.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DUARTE, M. T. C.; *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2603-2610, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a34.pdf>. Acesso em 12/06/2012.

EGAN, B. M.; *et al.* Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the United States, 1998 to 2008. **Circulation**, v. 124, n. 9, p. 1046-1058, aug. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210066/>. Acesso em 07/04/2014.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/17.pdf>. Acesso em 04/11/2014.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-856, set-out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>. Acesso em 04/11/2014.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf>. Acesso em 05/08/2012.

FOLSTEIN, M. Mini-mental and son. **Int J Geriatr Psychiatry.**, v. 13, n. 5, p. 290-294, may. 1998.

FONSECA, A. M.; *et al.* Infarto agudo do miocárdio: levantamento de sua ocorrência em homens atendidos de 2008-2012 em um serviço de urgência e emergência de Passos(MG). **Ciência Et Praxis**, v.6, n.12, p.29-34, 2013. Disponível em: <http://www.edifesp.fespmg.edu.br/index.php/scientae/article/view/60/76>. Acesso em 05/11/2014.

FONSECA, F. C. A.; *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>. Acesso em 06/03/2013.

FORSYTHE, L. P.; *et al.* Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. **Psychooncology**, v. 23, n. 7, p. 788-796, jul. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24481884>. Acesso em 02/12/2014.

FREITAS, D.; *et al.* Fatores de risco para hipertensão arterial entre estudantes do ensino médio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 430-434, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a17.pdf>. Acesso em: 20/10/2014.

GAIO, D. M.; *et al.* Importância do cuidado domiciliar de enfermagem para o controle pressórico de pessoas com hipertensão arterial. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, V.5, n.2, p. 3819-3827, abr-jun. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2062/pdf_785. Acesso em: 20/08/2014.

GARRIDO, J.; *et al.* Control del hipertenso, um desafio no resuelto. Avances logrado en Chile mediante el Programa del Salud Cardiovascular. **Rev Chil Cardiol**, v. 32, n. 2, p. 85-96, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v32n2/art01.pdf>. Acesso em 16/11/2014.

GODOY, R. F. Ansiedade, depressão e desesperança, em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1089-1102, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8607/7541>. Acesso em 16/11/2014.

GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Bol. Psicol**, São Paulo, v. 63, n. 138, p. 23-33, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v63n138/v63n138a04.pdf>. Acesso em 26/10/2014.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p: 245-250, 1998. Disponível em: <http://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/inventc3a1rio-de-depressc3a3o-de-beck-propriedades-psicomc3a9tricas-da-versc3a3o-em-portuguc3aas.pdf>. Acesso em: 04/04/2012.

GONÇALVES, T. R; *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf>. Acesso em 26/10/2014.

GONZALES, R. I. C.; *et al.* Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.227-231, mar-apr, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13.pdf>. Acesso em 07/04/2012.

GREWAL, K.; STEWART, D. E.; GRACE, S. L. Differences in social support and illness perceptions among South Asian and Caucasian patients with coronary artery disease. **Heart Lung**, v. 39, n. 3, p. 180-187, may-jun. 2010.

GRIEP, R. H.; *et al.* Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, mar-apr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15428.pdf>. Acesso em 04/03/2012.

_____; *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, may-jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/04.pdf>. Acesso em 04/03/2012.

GRIMSRUD, A.; *et al.* The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. **Hypertension & Mental Health**, v. 4, n. 5, p. 1-9, 2009. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.005552&representation=PDF>. Acesso em 15/10/2014.

GUSMÃO, J. L.; *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>. Acesso em 05/05/2012.

_____; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n.1, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em 05/05/2012.

HACIHASANOGLU, R.; GÖZÜM, S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. **J Clin Nurs.**, v. 20, n. 5-6, p. 692-705, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320198>. Acesso em 10/11/2014.

HILDRUM, B.; ROMILD, U.; HOLMEN, J. Anxiety and depression lowers blood pressure: 22-year follow-up of the population based HUNT study, Norway. **BMC Public Health**, v. 11, s/n, p. 601, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/601>. Acesso em 10/11/2014.

HOLANDA, M. A. G.; *et al.* Grupos de idosos uma estratégia de promoção da saúde: relato de experiência. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 136-140, jan-mar. 2014. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1201/pdf>. Acesso em 31/10/2014.

LEIGH, J. P.; DU, J. Are low wages risk factors for hypertension?. **Eur J Public Health**, v.22, n.6, p.854- 859, dez. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598375/>. Acesso em 16/09/2014.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1998.

_____. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p.39-46, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>. Acesso em 07/06/2012.

LEUNG, L. B.; *et al.* Approach to antihypertensive adherence: a feasibility study on the use of student health coaches for uninsured hypertensive adults. **Behavioral Medicine**, v. 38, n. 1, p. 19-27, 2012.

LIMA, E. R. de; BARROS, A. R. C.; OLIVEIRA, C. A. M. de. Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 5, p. 1-9, 2014. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/90/90>. Acesso em 20/11/2014.

LIMA JR., E. Pressão arterial e estresse: implicações no desenvolvimento da hipertensão arterial. **REV PA e estresse.indd**, v. 13, n. 3, p. 144-154, jul-set. 2010. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/revista_hipetensao_3_2010.pdf. Acesso em 15/08/2014.

LOPES, T. O.; *et. al.* Gerenciamento de casos. In: HARADA, M. J. C. S. (org.). **Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.573-580, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/757.pdf>. Acesso em 03/08/2012.

MACIEL, K. F.; *et al.* A hipertensão arterial na percepção de seus portadores. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.3, p.437-443, jul-set. 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10845/pdf>. Acesso em 03/08/2012.

MAGALHÃES, S. A; *et al.* Prevalência e Fatores de Risco para a Ineficácia do Controle da Pressão Arterial de Pacientes Hipertensos. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira –BA, v. 1, n. 1, p. 05-17, jun. 2014. Disponível em: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/462/424>. Acesso em: 01/11/2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul-set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 25/07/2012.

MANTOVANI, M. F.; *et al.* Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.2, 2008a. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1467/348>. Acesso em: 15/08/2014.

_____; *et al.* O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enferm**, v.13, n.3, p.336-342, jul-set. 2008b. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12964/8759>. Acesso em 15/08/2014.

_____; *et al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.4, p.662-668, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a04.pdf>. Acesso em 15/08/2014.

MANTOVANI, M. F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES, J. Nurse home visit with educational activities in the arterial pressure treatment. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.1, abril, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=769>. Acesso em 20/04/2012.

MARQUES, A. K. M. C.; *et al.* Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 945-955, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a26v16s1.pdf>. Acesso em 14/07/2014.

MARTINEZ, F. J.; *et al.* Predictors of mortality in patients with emphysema and severe airflow obstruction. **Am J Respir Crit Care Med.**, v. 173, n. 12, p. 1326 - 1234, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662972/>. Acesso em 15/04/2012.

MARTINS, A. G.; *et al.* Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 266-272, mai-jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/198-0194-ape-027-003-0266.pdf>. Acesso em 17/10/2014.

MATTEI, A. T.; *et al.* Elaboração de protocolos para a alta hospitalar de pacientes hipertensos e diabéticos: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n.1, p. 160-165, jan-mar. 2014. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20064/pdf_161. Acesso em 13/08/2014.

MCEWEN, M; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELCHIORS, A.C.; *et al.* Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 3, p. 357-364, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>. Acesso em 22/08/2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ressources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em 22/08/2014.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 19/07/2013.

MENDES, R.; SOUSA, N.; BARATA, J. L. T. Atividade física e saúde pública recomendações para a prescrição de exercício. **Acta Med Port**, v.24, n.6, p.1025-1030, 2011.

MENDONÇA, L. B. A.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 340-346, abr-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/19.pdf>. Acesso em 05/11/2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOREIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F.; SORIANO, J. V. Effectiveness of nursing case management among people with type 2 diabetes mellitus. **Nursing Research**. No prelo.

MORGAN, M. D. L. Action plans for COPD self-management. Integrated care is more than the sum of its parts. **Thorax**, v. 66, n. 11, p. 935-936, 2011. Disponível em: <http://thorax.bmj.com/content/66/11/935.full>. Acesso em 19/04/2014.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care.**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MOSER, D. K.; *et al.* Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. **Psychosom Med.**, v. 73, n. 9, p. 803-809, nov-dec. 2011.

NAUTA, S. T.; *et al.* Changes in clinical profile, treatment, and mortality in patients hospitalised for acute myocardial infarction between 1985 and 2008. **PLoS ONE**, v. 6, n. 11, p. 1-7, nov. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206855/pdf/pone.0026917.pdf>. Acesso em 14/11/2014.

NEWBOULD, J.; *et al.* Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 71, p. 1-9, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-13-71.pdf>. Acesso em 27/02/2014.

NOLTE, E.; MCKEE, M. **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health. 2008. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf. Acesso em 13/06/2012.

NOVAIS, E. M.; *et al.* O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev HCPA**, v. 29, n. 1, p. 36-44, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/7376/4964>. Acesso em 07/08/2012.

OLIVEIRA, A. J.; *et al.* Diferenças de gênero no apoio social e atividade física de lazer. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 602-612, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/85709/88472>. Acesso em 11/10/2014

OLIVEIRA, D. C. Prioridades de pesquisa em saúde e as áreas de conhecimento em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.esp.1, p. 567-568. 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a01.pdf>. Acesso em 25/11/2014.

OLIVEIRA, E. P.; *et al.* A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 98, n. 4, p. 338-343, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0066-782x2012000400008. Acesso em 15/10/2014.

OLIVEIRA, R. G.; *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o relacionamento familiar. **Rev Enferm UFPI.**, v. 2, n. 4, p. 42-49, out-dez. 2013. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1302/pdf>. Acesso em 16/09/2014.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis na qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-882, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/33.pdf>. Acesso em 04/11/2014.

OLIVEIRA FILHO, A. D.; *et al.* Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05012.pdf>. Acesso em 14/11/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em 09/04/2012.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado:** hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2010. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvd/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf
. Acesso em 15/01/2014.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guías para El control y monitoreo de la epidemia tabáquica.** Caracas: Organización Panamericana de la Salud. 1995.

PAIM, C. P.; AZZOLIN, K. O.; MORAES, M. A. P. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 77-82, jan-feb. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/11.pdf>. Acesso em 15/11/2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Improving chronics illness care through integrated heath service delivery networks.** Washington D.C: PAHO, 2012. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21403&Itemid . Acesso em 24/10/2013.

PANERAI, R. B.; PEÑA-MOHR, J. P. **Health tecnology assessment: methodologies for developing countries.** Washington D.C.: PAHO, 1989.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Hipertensão Arterial. Curitiba: SESA, 2014. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Rev1_LINHAGUIAhipertensao.pdf. Acesso em 20/01/2014.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM / IBAPP. 1999.

PERDIGÃO, C.; *et al.* Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise de estudo AMÁLIA. **Rev Port Cardiol**, v. 30, n. 04, p. 393- 432, 2011. Disponível em:
<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5699>. Acesso em 18/11/2014.

PEREIRA, C. L.; BORGES, M. S.; AMADEI, J. L. Qualidade de vida de hipertensos usuários da rede pública de saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 2, p. 295-303, mai-ago. 2013. Disponível em:
<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2500/1991>. Acesso em 10/04/2014.

PIERIN, A. M. G.; *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1389-1400, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a74v16s1.pdf>. Acesso em 26/11/2014.

PINTO, A. P. P. P.; JOSE, H. M. G. Hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico nos cuidados de saúde primários. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 6, n. 7, p. 1638-1647, jul. 2012. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/56>. Acesso em 08/08/2012.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO JR, J. C.; KUPEK, E.; MION JR, D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Hum Hypertens.**, v. 21, n. 7, p. 579-584, 2007. Disponível em: <http://www.nature.com/jhh/journal/v21/n7/full/1002196a.html>. Acesso em 25/08/2012.

PYÖRÄLÄ, K. Current status and future perspectives in the prevention of coronary heart disease. **Cor Vasa.**, v. 33, n. 2, p. 91-102, 1991.

QUINTANA, J. F.; A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 3-17, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a02.pdf>. Acesso em 29/04/2014.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/13.pdf>. Acesso em 29/04/2014.

ROBITAILLE, A.; ORPANA, H.; MCINTOSH, C. N. Psychometric properties, factorial structure, and measurement invariance of the English and French versions of the Medical Outcomes Study social support scale. **Health Rep.**, v. 22, n. 2, p. 33-40, 2011. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011002/article/11437-eng.pdf>. Acesso em 27/11/2014.

ROMERO, A. D.; *et al.* Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr-jun. 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a08v11n2.htm. Acesso em 15/10/2014.

SALES, J. C. S.; *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos de um centro de saúde, Teresina-PI. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 1, n. 1, p. 04-13, 2013.

SALVADOR, P. T. C. O.; *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 1, p. 111-117, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>. Acesso em: 20/01/2015.

SANTOS, L. C.; *et al.* The influence of stress on the quality of life of hypertensive patients. **The European Journal of Counselling Psychology**, v. 2, n. 2, p. 120-131, 2013. Disponível em: <http://ejcop.psychoen.eu/article/view/35/pdf>. Acesso em 09/11/2014.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf>. Acesso em 18/10/2014.

SANTOS, M. F.; ARAÚJO, L. J.; SOUZA, S. S. Estudo dos fatores de riscos ambientais para hipertensão arterial em pacientes em uma unidade básica de saúde (UBS) do interior do estado da Bahia. **InterScientia**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 59-71, mai-ago. 2013. Disponível em: <http://unipe.br/periodicos/index.php/interscientia/article/view/202/201>. Acesso em 09/11/2014.

SANTOS, S. S.; VASCONCELOS, D. F. S. A. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 12, n. especial, p. 465-471, dez. 2013. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9191/6758>. Acesso em 09/11/2014.

SCHMIDT, M. I.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet.**, p. 61-74, mai. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 12/03/2012.

SELEM, S. S. C; *et al.* Validade da hipertensão auto referida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 1, p. 52-59, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1/aop11612.pdf>. Acesso em 31/10/2014.

SERAFIM, W. P.; *et al.* Hipertensão arterial sistêmica como principal motivo de admissão de uma clínica médica de um hospital público da cidade de São Paulo: breve estudo observacional. **Saúde em Foco**, v. 7, n. 1, p. 55-59, set. 2013. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2013/setembro2013/artigo11-pag55-59.pdf. Acesso em 05/11/2014.

SHAYA, F. T.; *et al.* Social networks help control hypertension. **J Clin Hypertens**, v. 15, n. 1, p. 34-40, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580229/>. Acesso em 08/04/2014.

SIEMENS, C. K. K.; *et al.* Doença crônica e ações de cuidado do familiar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3290-3297, out 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6167>. Acesso em 07/11/2014.

SILVA, F. S.; *et al.* Cuidados paliativos para dor originada da doença mineral óssea da insuficiência renal crônica. **J. res.: fundam. care. online**, v. 6, n. 2, p. 767-775, abr-jun. 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3163/pdf_1279. Acesso em 02/11/2014

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, A.; *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Medical Outcomes Study-Social Support Survey in Hodgkin's lymphoma survivors. **Support Care Cancer**, v. 20, n. 8, p. 1895-1900, aug. 2012.

SOARES, G. L.; *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2013.

SOARES, M. H.; OLIVEIRA, F. S. A relação entre álcool, tabaco e estresse em estudantes de enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 9, n. 2, p. 88-94, mai-ago. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79661/83667>. Acesso em 20/11/2014.

SOARES, M. M.; *et al.* Comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais inadequadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 15, n. 2, p. 524-537, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36231460015>. Acesso em 30/10/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Algoritmo para tratamento do diabetes tipo 2**. Atualização 2009. Posicionamento oficial nº2. 2009. 26p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em 02/04/2012.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO. Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. **Revista Portuguesa de Hipertensão e risco cardiovascular**, n. 39, supl., 2014. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf>. Acesso em: 15/10/2014.

SONI, R. K.; WEISBORD, S. D.; UNRUH, M. L. Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. **Curr Opin Nephrol Hypertens.**, v. 19, n. 2, p. 153-159, mar. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900393/>. Acesso em 01/06/2014.

SOUSA, B. R. M.; *et al.* Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 187-195, jul-set. 2013. Disponível em: <http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29500/567>. Acesso em 29/10/2014.

SOUTELLO, A. L. S.; *et al.* Desempenho psicométrico da versão brasileira do Mini-cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL). **Rev. Latino-**

Am. Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 855-864, jul-ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_02.pdf. Acesso em 27/10/2014.

STASIAK, C. E. S.; *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 325-331, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0325.pdf>. Acesso em 30/11/2014.

SVARSTAD, B. L.; *et al.* The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns.** v. 37, n. 2, p. 113-24, jun. 1999.

TAVARES, D. M. S.; *et al.* Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 515-522, mar-abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf. Acesso em 17/11/2014.

TAVARES, R. S.; *et al.* Fatores de risco cardiovasculares: estudo com pessoas hipertensas, de um bairro popular na região amazônica. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 1, p. 4-11, jan-mar. 2014. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12179/pdf_106. Acesso em 10/10/2014.

TAVARES, R. S.; SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 14-21, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a02v34n3.pdf>. Acesso em 05/04/2014.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

UCEDA, I. M.; *et al.* Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial mantenida frente a la normotensión. **Clinica y Salud**, Madrid, v. 24, n. 2, p.67-76, jul. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v24n2/original2.pdf>. Acesso em 10/10/2014.

ULBRICH, E. M. **Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico**. 84f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/DissertaçãoElisUlbrich.pdf>. Acesso em 01/04/2014.

ULBRICH, E. M.; *et al.* Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 22-27, jun. 2012. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/05.pdf>. Acesso em 02/04/2014.

ULBRICH, E. M.; MANTOVANI, M. F. Descobrimo-se portador de doença crônica: repercussão de uma pesquisa-ação. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 202-209, abr-jun. 2014. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php.CiencCuidSaude/article/view/19126/pdf_158. Acesso em 02/04/2014.

URSUA, R. A.; *et al.* Predictors of hypertension among Filipino immigrants in the northeast US. **J Community Health**, v. 38, n. 5, p. 847-855, oct. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3897061/>. Acesso em 02/10/2014.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>. Acesso em 06/04/2014.

VITOR, A. F.; *et al.* Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 251-260, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a06>. Acesso em 07/04/2014.

WALKER, C.; SWERISSEN, H.; BELFRAGE, J. Self-management: its place in the management of chronic illnesses. **Australian Health Review**, v. 26, n. 2, p. 34-42, 2003. Disponível em: http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=AH030034a.pdf. Acesso em 24/02/2014.

WARREN, T. Y.; *et al.* Independent association of Waist Circumference with hypertension and diabetes in African American women, South Carolina, 2007-2009. **Prev Chronic Dis.**, v. 9, n. 11, may. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457765/>. Acesso em 11/10/2014.

WATTS, S. A.; *et al.* Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical

appointments/group visits. **J Am Acad Nurse Pract.**, v. 21, n. 3, p. 167-172, mar. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403- 1409, 1995.

_____. **Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies:** report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency. United Kingdom: World Health Organization, jul. 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777_eng.pdf. Acesso em 10/06/2012.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Acesso em 03/05/2012.

_____. **Diet, nutrition and hypertension.** World Health Organization, 2013.

APÊNDICE 1

1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Projeto Fatores preditivos para a enfermeira gerenciar o cuidado de pacientes com complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica

Entrevista n°: _____ Código de Identificação: _____ Entrevistador: _____

Telefone: _____ Hora Início: _____

1 Unidade de Saúde: _____ 2 Data: _____

3 Nome do Paciente: _____

4 Idade |__|_| 5 Sexo |1| M |2| F 6 Peso |__|_| kg 7 Altura |__|_| m 8 CA |__|_| cm

9 Obesidade |1| sim |2| não 10 IMC |__|_| m/kg² |1| < 18,5 |2| 18,6 – 24,9 |3| 25 – 29,9 |4| 30 – 34,9 |5| 35 – 39,9 |6| > ou = 40 kg

11 Escolaridade |1| 1 a 4 série |2| 5 a 8 série |3| 2 grau |4| superior |5| sem escolaridade

12 Estado Civil |1| solteiro(a) |2| casado(a) |3| divorciado(a)/separado(a) |4| viúvo(a) |5| amasiado(a)

13 Número de Filhos |0| |1| |2| |3| |4| |5| |6| |>7|

14 Profissão/Ocupação |1| do lar |2| doméstica/diarista |3| autônomo |4| aposentado |5| pensionista |6| encostado |7| outros: _____ 15 Tempo de Trabalho Total |__|_| 16 Salário |__|_|_|_|

17 Habitação |1| Própria |2| Aluguel |3| Emprestada 18 Tipo |1| Alvenaria |2| Madeira |3| Mista

19 Rede de Esgoto |1| Esgoto |2| Fossa |3| Nenhum 20 Água tratada |1| Sim |2| Não 21 Rede elétrica |1| Sim |2| Não

22 Coleta de lixo |1| Sim |2| Não 23 Rua asfaltada |1| Sim |2| Não

24 Moradores no Domicílio |__|_| 25 N° de Cômodos |__|_| 26 Quantos Trabalham |__|_|

27 Quem é o chefe da família? |1| Entrevistado |2| Marido |3| Esposa |4| Filho(a) |5| Genro/Nora |6| Outro _____

28 Renda Familiar |1| < 1 salário mínimo |2| 1 a 3 salários mínimos |3| 3 a 5 salários mínimos |4| > 5 salários mínimos

29 Atividade de Lazer |1| viagem |2| passeios - shopping, parques |3| atividades em grupo/ religiosos |4| trabalho voluntário |5| reunião em família, amigos |6| atividades manuais |7| nenhuma

30 Frequência |1| 1/Semana |2| +1/Semana |3| 1/Mês |4| 2/Mês |5| Raramente |6| Não se aplica

31 Estresse |1| sim |2| não 32 Motivo |1| familiar |2| financeiro |3| saúde/doença |4| outro _____ |5| Não se aplica

33 Atividade Física |1| sim |2| não 34 Frequência |1| 1x por semana |2| 2 x por semana |3| 3 x ou mais por semana |4| não se aplica 35 Qual atividade física |1| caminhada |2| musculação |3| ginástica aeróbica |4| dança

|5| outro _____ |6| não se aplica 36 Acompanhado por profissional |1| sim |2| não |3| não se aplica

37 Tabagismo |1| sim |2| não |3| anteriormente 38 Tempo |1| < 1 ano |2| 1 a 5 anos |3| 6 – 10 anos |4| > 10 anos |5| não se aplica 39 Qtos cigarros/dia |1| < 5/dia |2| 5 – 10/dia |3| 10 – 20/dia |4| >20/dia |5| não se aplica

40 Etilismo |1| sim |2| não |3| anteriormente 41 Tempo |1| < 1 ano |2| 1 a 5 anos |3| 6 – 10 anos |4| > 10 anos |5| não se aplica 42 Qtas doses/dia |1| < 5/dia |2| 5 – 10/dia |3| 10 – 20/dia |4| >20/dia |5| não se aplica

43 Pílula anticoncepcional |1| sim |2| não |3| anteriormente |4| não se aplica

44 Tempo |1| < 1 ano |2| 1 a 5 anos |3| 6 – 10 anos |4| > 10 anos |5| não se aplica

45 Antecedentes Familiares de HAS |1| sim |2| não **46 Grau de parentesco** |1| pai |2| mãe |3| avós(os) |4| tios(as) |5| irmãos

47 Doença do familiar |1| HAS |2| DM |3| IAM |4| AVC |5| IRC |6| Outra _____

48 Diagnóstico do entrevistado |1| HAS |2| HAS e DM |3| Outro _____

49 Tempo de Diagnóstico |1| < 1 ano |2| 1 a 5 anos |3| 6 – 10 anos |4| 10 – 20 anos |5| > 20 anos

50 Classificação US |1| baixo risco |2| médio risco |3| alto risco |4| muito alto risco **51 Retira Medicação US** |1| sim |2| não

52 Medicações em uso |1| enalapril |2| anlodipino |3| hidroclorotiazida |4| atenolol |5| furosemida |6| espironolactona
|7| Outro _____

* Ir para o Questionário Brief Medication Questionnaire

53 Toma o remédio |1| Todos os dias |2| Dia sim, dia não (prescrição médica) |3| Só quando a pressão sobe |4| Outro _____

54 Tratamento alternativo |1| homeopatia |2| acupuntura |3| fitoterapia (chás ou tinturas de ervas ou plantas) |4| massagem
|5| simpatias |6| cura espiritual |7| Outra _____ |8| não se aplica

55 Exames |1| Triglicérides |2| Colesterol |3| Glicemia |4| Pressão Arterial

56 Complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica |1| IAM |2| AVC |3| IRC |4| Retinopatia hipertensiva |5| não se aplica

57 Internações no último ano devido a Hipertensão Arterial Sistêmica |1| sim |2| não

58 Quantas internações no ano, motivo e tempo de cada internação? _____

59 Participa das atividades da US? |1| sim |2| não **60 Quais?** |1| Consulta médica |2| palestras |3| entrega medicação |4|
atividade física |5| Outra _____

61 Participa de alguma atividade de grupo? Ou atividade na comunidade? |1| sim |2| não

Se sim, quais? Se não, porque? _____

GRAVAR 62, 63, 64, 65, 66 e 67 – Ao iniciar a gravação falar o nome do entrevistado.

62 Quando você se sente doente quem você procura? _____

63 Tem alguém da família ou amigo que você procura quando adoecer? |1| sim |2| não **Quem?** _____

64 Quem são as pessoas, grupos, profissionais que lhe oferecem apoio no tratamento da HAS? _____

65 Como se dá o relacionamento com sua família? Problemas familiares, drogas, e outros problemas. _____

66 Fale-me o que significa para você ter pressão alta?

- E o que significa ter uma complicação da HAS?
- E o que significa ter sido internado por causa da HAS ou complicação desta?

67 Fale-me o que significa ter que tomar remédio todos os dias?

- E o que significa cuidar da sua saúde para o resto da vida por causa da HAS?

68 Hábitos alimentares Ingesta hídrica |1| sim |2| não **69 Qtos copos/dia** |1| até 3 |2| 4 a 8 |3| > 8 copos

70 N° de refeições/dia |1| uma |2| duas |3| três |4| quatro |5| cinco |6| seis

71 1ª refeição |1| café da manhã |2| almoço |3| lanche da tarde |4| janta |5| ceia

72 Sem contar saladas, com que frequência costuma colocar sal no prato de comida? |1| Nunca |2| Provo e coloco se precisar
|3| Coloco quase sempre mesmo sem provar

COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) NORMALMENTE COME...	FREQUÊNCIA
73. Frutas e sucos de frutas preparados a partir da fruta, polpa ou concentrado. (Não considere os refrescos ou refrigerantes)	_ _ vezes por semana
74. Batata (sem ser frita), batata-doce, batata-baroa, aipim, cará, inhame	_ _ vezes por semana
75. Outros legumes (sem incluir batata) - abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura, quiabo, vagem, etc.	_ _ vezes por semana
76. Hortaliças - agrião, alface, brócolis, chicória, couve, couve-flor, espinafre, repolho, etc.	_ _ vezes por semana
77. Feijões (preto, mulatinho, fradinho, roxo, etc.), Lentilha, Ervilha seca ou Grão de bico	_ _ vezes por semana
78. Pães, bolos, bolachas, biscoitos (Considere salgados ou doces), arroz ou macarrão	_ _ vezes por semana
79. Café, Chá ou Chimarrão	_ _ vezes por semana
80. Leite, queijo, iogurte, laticínios, etc	_ _ vezes por semana
81. Carne Vermelha, ovo, presunto, mortadela	_ _ vezes por semana
82. Carne magra (peixe, frango)	_ _ vezes por semana
83. Manteiga, margarina, óleo, maionese	_ _ vezes por semana
84. Frituras	_ _ vezes por semana

COM QUE FREQUÊNCIA NA ÚLTIMA SEMANA O(A) SR.(A)...	FREQUÊNCIA
85. Caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, prazer, ou como forma de exercício?	_ _ vezes por semana Total por dia: Horas _____ Minutos _____
86. Quantos dias você realizou atividade MODERADA por pelo menos 10 minutos contínuos, exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, serviços domésticos na casa, no quintal como varrer, aspirar, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente a respiração ou batimentos cardíacos?	_ _ vezes por semana Total por dia: Horas _____ Minutos _____
87. Quantos dias você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, pedalar rápido na bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, ou qualquer atividade que fez aumentar muito a respiração ou batimentos cardíacos?	_ _ vezes por semana Total por dia: Horas _____ Minutos _____
88. Quanto tempo você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.	_ _ vezes por semana Total por dia: Horas _____ Minutos _____

APÊNDICE 2

4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Dda. Elis Martins Ulbrich e Profª Drª Maria de Fátima Mantovani, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica a participar de um estudo intitulado **“Fatores preditivos para a enfermeira gerenciar o cuidado de pacientes com complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica”**. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar quais os fatores podem prever o aparecimento de complicações de sua doença, e para atingir este objetivo que é o maior teremos que conhecer os pacientes, seus hábitos de vida e seu cotidiano, ver quais situações de seus hábitos contribuem para o aparecimento de complicações.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista, que será realizada nas Unidades de Saúde ou no seu domicílio, como você preferir, será gravada de acordo com o seu consentimento e com duração de aproximadamente 40 minutos.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de responder questões referentes a sua vida pessoal, e suas relações com as pessoas a sua volta, bem como ser recusado de participar da pesquisa por não atingir a pontuação necessária em relação ao seu estado de entendimento da situação pelas complicações que possui.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar fatores para que o enfermeiro possa contribuir na prevenção de possíveis complicações de sua doença, e, melhoria na sua qualidade de vida e acompanhamento da sua pressão e tratamento. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- e) Os pesquisadores Elis Martins Ulbrich_Enfermeira, Doutoranda da UFPR e Maria de Fátima Mantovani_Enfermeira, professora da UFPR, poderão ser contatadas no telefone 33605333 e/ou 85012721, em Curitiba, das 13:30 às 17:00, de 2ª a 6ª feira, ou pelos emails elisulbrich@ufpr.br e mfatimamantovani@ufpr.br, responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 3º andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 15/03/2013

- g) No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- h) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e, pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do paciente ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR. 

Em, 15 / 03 / 2013

APÊNDICE 3

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF36

Fase 1: Ponderação dos dados

QUESTÃO	PONTUAÇÃO	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,2
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 =1 e se 8=1 o valor da questão é 6</p> <p>Se 7=2 a 6 e se 8=1 o valor da questão é 5</p> <p>Se 7=2 a 6 e se 8=2 o valor da questão é 4</p> <p>Se 7=2 a 6 e se 8=3 o valor da questão é 3</p> <p>Se 7=2 a 6 e se 8=4 o valor da questão é 2</p> <p>Se 7=2 a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1</p> <p>Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for 1, a pontuação será 6</p> <p>Se a resposta for 2, pontuação será 4,75</p> <p>Se a resposta for 3, a pontuação será 3,5</p> <p>Se a resposta for 4, a pontuação será 2,25</p> <p>Se a resposta for 5, a pontuação será 1,0</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será 6</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será 5</p>	

	<p>Se a resposta for 3, o valor será 4 Se a resposta for 4, o valor será 3 Se a resposta for 5, o valor será 2 Se a resposta for 6, o valor será 1 Para os demais itens (b, c, f, g, i) o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será 5 Se a resposta for 2, o valor será 4 Se a resposta for 3, o valor será 3 Se a resposta for 4, o valor será 2 Se a resposta for 5, o valor será 1</p>

Fase 2: Cálculo do *Raw Scale*

Nesta fase você irá transformar os valores das questões anteriores em notas de **8 domínios** que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0=pior e 100=melhor para cada domínio. É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

1. Capacidade funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos emocionais
8. Saúde mental

Fórmula para cálculo de cada domínio:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

ANEXO 1

1

MINI MENTAL

Orientação

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1- Qual o dia da semana? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 2- Qual é o dia do mês? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 3- Em que mês estamos? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 4- Em que ano estamos? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 5- Que horas são (aproximadamente)? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 6- Local específico (andar, setor)? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 7- Instituição (residência, hospital)? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 8- Em que bairro estamos? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 9- Em que cidade estamos? | (1 ponto) | (0 ponto) |
| 10- Em que estado estamos? | (1 ponto) | (0 ponto) |

Memória Imediata

Fale as três palavras, **lápis, papel e giz** (1 ponto) (2 pontos) (3 pontos)
 Mais tarde vou perguntar novamente quais foram as três palavras

Atenção e Cálculo

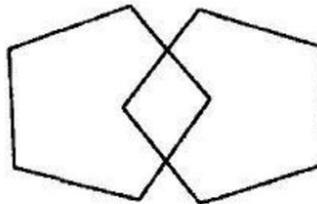
$100 - 7 = 93$	(1 ponto)	$93 - 7 = 86$	(1 ponto)	$86 - 7 = 79$	(1 ponto)
$79 - 7 = 72$	(1 ponto)	$72 - 7 = 65$	(1 ponto)		

Evocação

Quais foram as três palavras que pedir para o Senhor(a) falar anteriormente? (1 ponto) (2 pontos) (3 pontos)

Linguagem

- 1) Fale o nome dos objetos que irei apontar (relógio e caneta) (1 ponto) (2 pontos)
- 2) Repita "Nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)
- 3) Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (1 ponto) (2 pontos) (3 pontos)
- 4) Leia e obedeça "feche os olhos" (1 ponto)
- 5) Escreva a frase "Meu nome é ...". (1 ponto)
- 6) Copie o desenho da folha que te entreguei (1 ponto)



Total de pontos (/ 30)

Sem escolaridade - 13 pontos; Baixa e média - 18 pontos; e Alta escolaridade 26 pontos.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL – Pró Saúde UERJ

As próximas perguntas são sobre os aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a) ou filhos nesta resposta.)
 parentes nenhum
 2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes.)
 amigos nenhum
 3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?
 sim não
 Se sim, com que frequência? Mais de uma vez por semana 1 vez por semana 2 a 3 vezes por semana
 Algumas vezes no ano uma vez no ano
 4. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?
 sim não
 Se sim, com que frequência? Mais de uma vez por semana 1 vez por semana 2 a 3 vezes por semana
 Algumas vezes no ano uma vez no ano
 5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?
 sim não
 Se sim, com que frequência? Mais de uma vez por semana 1 vez por semana 2 a 3 vezes por semana
 Algumas vezes no ano uma vez no ano
- A seguir, apresentamos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.
6. Se você precisar... Com frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 7. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 8. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 9. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para leva-lo(a) ao médico?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 10. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 11. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 12. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 13. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 14. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
 15. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

16. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepara-las?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
17. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
18. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
19. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém para ajuda-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
20. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
21. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
22. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
23. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
24. Se você precisar...Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?
 Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

ANEXO 3

1

QUESTIONARIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Instruções

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque o campo próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, marque cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1.

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

3.

- 0 Não me sinto um fracasso.
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

5.

- 0 Não me sinto especialmente culpado.
- 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

7.

- 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enjoado de mim.
- 3 Eu me odeio.

9.

- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

11.

- 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

13.

- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.

15.

- 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer alguma coisa.
- 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.

17.

- 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

2.

- 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

4.

- 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

6.

- 0 Não acho que esteja sendo punido.
- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que serei punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

8.

- 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
- 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

10.

- 0 Não choro mais do que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Agora, choro o tempo todo.
- 3 Costumava ser capaz e chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

12.

- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

14.

- 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
- 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Acredito que pareço feio.

16.

- 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

18.

- 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.

0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7 kg.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:

Sim _____ Não _____

21.

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.

2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

20.

0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

Hora Final: _____

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana**, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	0 - Ausente	1 – Suave, não me incomoda muito	2 - Moderado É desagradável, mas consigo suportar	3 - Severo Quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto no abdome				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

ANEXO 5

QUESTIONARIO QUALIDADE DE VIDA - SF 36

1 – Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 – Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 – Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 – Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 – Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 6

ANEXO 7



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL



Pró
Saúde

Declaração

Declaro que Elis M. Ulbrich foi formalmente autorizada por nós a utilizar a escala de apoio social do Medical Outcomes Study, adaptada para o Português no âmbito da Rede e do Estudo Pró-Saúde, em sua tese de doutoramento em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Atenciosamente,



Eduardo Faerstein
Coordenador Pró-Saúde
Professor Associado
Matrícula: 6189-5

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2014.

ANEXO 8

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores preditivos para a enfermeira gerenciar o cuidado de pacientes com complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica

Pesquisador: Elis Martins Ulbrich

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07444512.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Nova versão TCLE

Detalhe:

Justificativa: O projeto está em análise na Prefeitura Municipal de Curitiba contudo eles não

Data do Envio: 15/02/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 220.068

Data da Relatoria: 06/03/2013

Apresentação da Notificação:

Projeto - Fatores preditivos para a enfermeira gerenciar o cuidado de pacientes com complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica da pesquisadora ELIS MARTINS ULBRICH do programa de Pós-Graduação que solicita a exclusão do uso de dados constantes dos prontuários dos participantes.

Objetivo da Notificação:

Excluir a etapa de consulta do prontuário dos pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios e riscos estão previstos e identificados.

Riscos:

1- Constrangimento em não participar da pesquisa se reprovado no Teste no Mini-Mental.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



2- Constrangimento em responder perguntas referentes a sua rede de apoio social e de sua capacidade de executar atividades de vida diária e questões referentes a sua vida pessoal.

Benefícios:

1- Identificar fatores preditivos para que o enfermeiro possa contribuir na prevenção de possíveis complicações da doença crônica.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Os dados obtidos a partir da consulta ao prontuário serão informados pelo participante da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram adicionados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência está aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Corrigir no Sistema/Projeto PB: o Cronograma de Execução do projeto, com data de início posterior a aprovação pelo CEP/SD, e demais datas quando couber.

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação; e retirar na secretaria do CEP/Sd cópia do TCLE carimbado com data de aprovação, sendo esse modelo reproduzido para sua aplicação.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



CURITIBA, 15 de Março de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 9

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Elis Martins Ulbrich protocolou sob o número 83/2012 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Fatores preditivos para a enfermeira gerenciar o cuidado de pacientes com complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica" (CAAE: 07444512.0.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Informamos que o projeto recebeu sugestões de alteração que deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética Proponente.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 13 de março 2013.

Coordenador do CEP/SMS