

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ**

ISADORA ARMELINI DE FREITAS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA APS:
uma ferramenta para a prevenção de agravos cardiovasculares

RIO DO SUL

2024

ISADORA ARMELINI DE FREITAS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA APS:
uma ferramenta para a prevenção de agravos cardiovasculares

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Prof^ª Mestre Bruna Correa Vaz.

RIO DO SUL

2024

ISADORA ARMELINI DE FREITAS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA APS:
uma ferramenta para a prevenção de agravos cardiovasculares

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora, formada por:

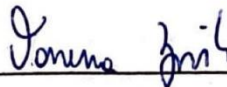


Orientadora: Profª Mestre Bruna Correa Vaz.

Banca Examinadora:



Profª Ana Ines Gonzales.



Profª Vanessa Zink.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar durante todo esse processo, iluminando meu caminho e concedendo-me discernimento diante dos desafios e obstáculos, permitindo-me vivenciar plenamente este momento de realização.

Aos meus pais, Osmar e Roselei, meus maiores exemplos de força e honestidade, que sempre me incentivaram a buscar meus sonhos, sem medir esforços para que este, em especial, se tornasse realidade. Sou eternamente grata por estarem ao meu lado em cada etapa dessa trajetória, pelo apoio, acalento e motivação nos momentos mais difíceis. Esta conquista é nossa!

A minha orientadora, Enf^a Mestre Bruna Correa Vaz, que aceitou o meu convite e abraçou a minha ideia, expresso minha profunda gratidão por todo apoio, incentivo, paciência e tempo dedicado à minha orientação. Seu conhecimento e suas contribuições foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI) e a Coordenação do Curso de Enfermagem, agradeço pelos recursos e pelo corpo docente capacitado para a preparação acadêmica de excelência, com ensino de qualidade para a formação de futuros profissionais.

Agradeço ainda aos demais familiares e amigos que torceram por mim e hoje vibram com essa conquista. Sou grata pela companhia da minha amiga Lara, que se fez presente em todos os momentos da graduação, tornando-se uma amizade para além da trajetória acadêmica.

Por fim, dedico este trabalho à minha querida avó Vanilde (*in memoriam*), a quem sou grata por todo o amor e cuidado dedicados a mim ao longo da vida. Mesmo diante da sua ausência física, sinto sua presença viva e acolhedora ao meu redor. Tenho certeza de que, onde quer que ela esteja, compartilha desta conquista com orgulho.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um grande problema de saúde pública, capaz de provocar sérias complicações sistêmicas, sendo o principal fator de risco para eventos cardiovasculares e mortes em geral. A Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel fundamental ao oferecer acompanhamento contínuo e personalizado, essencial para o cuidado integral e longitudinal dos pacientes hipertensos. Considera-se que muitos pacientes com diagnóstico de HAS desconhecem os riscos associados à essa condição, especialmente sua relação direta com a ocorrência de agravos cardiovasculares, e tão pouco possuem apoio da equipe de saúde para prevenção da HAS. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo geral analisar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Alto Vale do Itajaí. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva, onde o público-alvo são pacientes com diagnóstico de HAS na faixa etária entre 40 e 75 anos. Os dados foram coletados através de visitas domiciliares pré-agendadas, com a aplicação de um questionário eletrônico, elaborado pela autora, contendo questões referentes à calculadora de Hearts, bem como outras questões referentes à temática. Os dados foram registrados e armazenados automaticamente em uma planilha do Excel. Para análise dos dados utilizou-se o software IBM SPSS Statistics 22, com aplicação do Teste Qui-quadrado para a associação de variáveis ($p < 0,05$), seguindo com análise descritiva das variáveis categóricas e numéricas. Os resultados também foram discutidos com base na Teoria do Alcance de Metas, sendo apresentados em 4 categorias. Os resultados mostram um predomínio de hipertensos do gênero feminino (66,7%), na faixa etária de 60 a 75 anos de idade (61,7%), e nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto (51,7%). Entre os participantes, identificou-se que o risco cardiovascular é maior em mulheres diabéticas ($p < 0,001$), com excesso de peso ($p = 0,049$) e histórico de DCV ($p = 0,036$), e em homens diabéticos ($p = 0,038$) e com idade acima de 60 anos ($p = 0,025$). A estratificação de risco cardiovascular através da calculadora de Hearts, revelou que a maioria dos sujeitos (43%) possui risco moderado para o desenvolvimento de DCV. Quanto aos atendimentos em saúde ofertados na APS, foram identificadas lacunas nas orientações sobre os riscos da HAS (reportados por 50% dos entrevistados) e na promoção de estilos de vida saudáveis (reportados por 35% dos entrevistados). Além disso, 66,7% dos entrevistados referiram não ter recebido nenhuma orientação sobre a frequência e o intervalo de tempo para retorno em consultas de acompanhamento. Conclui-se, que este estudo permitiu identificar o perfil, os fatores de risco e a classificação do risco associados à população com HAS cadastrada na microárea em questão, fornecendo assim subsídios para o aprimoramento dos atendimentos, tanto de forma individual quanto de forma coletiva. Os resultados poderão servir de base para a qualificação das práticas assistenciais, visando a gestão de agravos e a redução das taxas de morbimortalidade associadas à HAS.

Palavras-chave: Hipertensão; Risco cardiovascular; Prevenção de doenças.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is considered a major public health problem, capable of causing serious systemic complications and being the main risk factor for cardiovascular events and general mortality. Primary Health Care (PHC) plays a fundamental role by offering continuous and personalized follow-up, essential for comprehensive and longitudinal care of hypertensive patients. It is considered that many patients diagnosed with SAH are unaware of the risks associated with this condition, especially its direct relation to the occurrence of cardiovascular complications, and they often lack support from the healthcare team for SAH prevention. Thus, the general objective of this study is to analyze the cardiovascular risk of patients diagnosed with SAH registered in a micro-area covered by a specific Basic Health Unit (BHU) in a municipality of the Alto Vale do Itajaí region. This is a quantitative descriptive study, where the target population consists of patients diagnosed with SAH, aged between 40 and 75 years. Data were collected through pre-scheduled home visits, using an electronic questionnaire developed by the author, which included questions related to the Hearts risk calculator, as well as other questions on the topic. The data were recorded and automatically stored in an Excel spreadsheet. For data analysis, IBM SPSS Statistics 22 software was used, applying the Chi-square Test for variable association ($p < 0.05$), followed by descriptive analysis of categorical and numerical variables. The results were also discussed based on the Goal Attainment Theory and presented in four categories. The results show a predominance of hypertensive women (66.7%), aged between 60 and 75 years (61.7%), and with incomplete primary education (51.7%). Among the participants, cardiovascular risk was found to be higher in diabetic women ($p < 0.001$), those with excess weight ($p = 0.049$), and a history of CVD ($p = 0.036$), as well as in diabetic men ($p = 0.038$) and those over 60 years of age ($p = 0.025$). Cardiovascular risk stratification using the Hearts calculator revealed that most subjects (43%) have a moderate risk for the development of CVD. Regarding health services offered in PHC, gaps were identified in guidance on the risks of SAH (reported by 50% of respondents) and in promoting healthy lifestyles (reported by 35% of respondents). Additionally, 66.7% of respondents reported not receiving any guidance on the frequency and interval for follow-up consultations. In conclusion, this study allowed the identification of the profile, risk factors, and risk classification associated with the population with SAH registered in the micro-area in question, thus providing insights for improving care, both individually and collectively. The results may serve as a basis for the qualification of care practices, aiming at the management of complications and reducing morbidity and mortality rates associated with SAH.

Keywords: Hypertension; Cardiovascular risk; Disease prevention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade	14
Tabela 2- Características do perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos.....	30
Tabela 3- Associação entre os fatores sociodemográficos e comportamentais e a estratificação de risco cardiovascular conforme o gênero feminino	36
Tabela 4- Associação entre os fatores sociodemográficos e comportamentais e a estratificação de risco cardiovascular conforme o gênero masculino	38
Tabela 5- Atendimento em saúde dos pacientes hipertensos na APS.....	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Classificação do IMC por paciente	31
Gráfico 2- Tempo de diagnóstico de HAS	32
Gráfico 3- Histórico familiar de IAM, AVE, DRC, IC ou outras doenças cardiovasculares..	33
Gráfico 4- Valor da Pressão Arterial Sistólica (PAS) dos entrevistados	34
Gráfico 5- Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores que aumentam a pressão arterial.	35
Gráfico 6- Estratificação de risco cardiovascular de pacientes hipertensos de acordo com a classificação de Hearts	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESC	Estratégia de Saúde Cardiovascular
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	<i>High-Density Lipoprotein</i> (Lipoproteína de Alta Densidade)
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IDS	Instituto para o Desenvolvimento da Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	<i>Low-Density Lipoprotein</i> (Lipoproteína de Baixa Densidade)
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

VIGITEL

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	14
2.2 RISCO CARDIOVASCULAR E OS AGRAVOS DE SAÚDE	16
2.2.1 Principais agravos cardiovasculares associados à hipertensão.....	17
2.2.2 Estratificação de risco cardiovascular	18
2.3 ATENDIMENTO À USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE HAS NA APS	20
2.4 TEORIA DE ENFERMAGEM	23
3 METODOLOGIA	25
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA.....	25
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	26
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA	27
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	28
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	28
4 RESULTADOS	30
5 DISCUSSÃO	42
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	42
5.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE AGRAVOS CARDIOVASCULARES	44
5.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	50
5.4 ATENDIMENTO EM SAÚDE FORNECIDO NA APS PARA PORTADORES DE HAS	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
7 REFERÊNCIAS.....	58

ANEXOS	65
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA....	70
APÊNDICES	74
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS	74

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que 1,28 bilhões de adultos, com idade entre 30 e 79 anos, em todo o mundo tenham hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma condição considerada como um grande problema de saúde pública, e a principal causa para eventos cardiovasculares e mortes em geral (OMS, 2023).

A HAS é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) e influenciada por fatores de risco modificáveis e não modificáveis, capaz de provocar sérias complicações sistêmicas ao prejudicar o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, a oferta de oxigênio aos órgãos, devido ao comprometimento das artérias a partir da pressão elevada (OMS, 2023). Essa condição, caracterizada pela elevação da pressão arterial (PA) pode ser motivada por aspectos multifatoriais, sejam eles genéticos, epigenéticos, comportamentais, ambientais ou psicossociais (Barroso *et al.*, 2021).

Nos últimos cinco a dez anos, importantes documentos técnicos internacionais e nacionais foram elaborados, oferecendo oportunidades para otimizar e aprimorar a organização de ações destinadas à prevenção, o tratamento e o controle das doenças cardiovasculares (DCV) (Campbell *et al.*, 2022).

Vale destacar que a HAS, frequentemente, apresenta uma evolução assintomática, o que dificulta tanto o diagnóstico quanto o tratamento. Ademais, muitos pacientes diagnosticados com HAS desconhecem plenamente os riscos potenciais da condição, o que contribui para o aumento de complicações cardiovasculares, incluindo lesões em órgãos-alvo (Pezzi Junior *et al.*, 2022).

Em 2021, a OMS destacou as iniciativas Global Hearts e o programa Hearts nas Américas, que ressaltaram a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e oferecem estratégias facilitadoras para a redução de DCV na população, com ênfase no manejo da HAS (Campbell *et al.*, 2022).

Dada a alta prevalência da HAS e sua associação com elevada morbimortalidade, torna-se essencial conhecer os fatores de risco modificáveis e acompanhar os pacientes vulneráveis para prevenir eventos cardiovasculares. Nesse contexto, a APS desempenha um papel fundamental ao oferecer acompanhamento contínuo e personalizado, essencial para o cuidado integral e longitudinal dos pacientes.

A escolha desta temática foi motivada por minha observação durante o estágio prático assistencial, onde identifiquei um elevado volume de pacientes com diagnóstico de HAS buscando assistência na APS e, muitas vezes, apresentando agravos de maior complexidade,

que são atendidos nos demais níveis de atenção. Sabe-se que muitas dessas complicações poderiam ser evitadas por meio de uma linha de cuidados eficaz, estruturada e contínua. Considera-se, também, que muitos pacientes com diagnóstico de HAS desconhecem os riscos associados à condição, especialmente sua relação direta com a ocorrência de agravos cardiovasculares. Além disso, observa-se uma carência de apoio contínuo da equipe de saúde para a prevenção e o manejo adequado da HAS.

Diante deste cenário, a pergunta de pesquisa que orienta este estudo é: qual a importância de conhecer os fatores de risco cardiovasculares dos pacientes hipertensos atendidos na APS?

Para responder a esse questionamento, foi estabelecido como objetivo geral deste estudo: analisar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Alto Vale do Itajaí. E como objetivos específicos: a) identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes com diagnóstico de HAS atendidos e cadastrados nesta microárea; b) conhecer os fatores de risco associados ao desenvolvimento de agravos cardiovasculares nos pacientes com diagnóstico de HAS; c) estratificar o risco cardiovascular dos pacientes com diagnóstico de HAS utilizando a calculadora de Hearts e; d) investigar a ocorrência de atendimentos em saúde na APS para pacientes com HAS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados aspectos que contribuem com a discussão do tema, trazendo dados e informações relevantes acerca da HAS, fatores de risco e agravos cardiovasculares associados à HAS, bem como o atendimento multiprofissional na APS para prevenção, controle e tratamento de usuários com diagnóstico de HAS.

2.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é considerada uma DCNT, onde os níveis pressóricos permanecem elevados de forma persistente, alcançando uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, a partir da medida realizada com a aplicação da técnica correta, em no mínimo dois episódios distintos e sem o uso de agentes farmacológicos anti-hipertensivos. Considera-se ainda, para avaliação dos resultados obtidos, o local de aferição da PA, seja dentro ou fora do consultório, em monitorização ambulatorial, residencial ou automedida (Barroso *et al.*, 2021).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial publicadas no ano de 2020, considera-se que a PA normal passou a ser definida como PA ótima, e a pré-hipertensão passou a ser dividida em PA normal e pré-hipertensão. Além dessa classificação, a PA sistólica isolada correspondente a $PAS \geq 140$ mmHg e $PAD < 90$ mmHg, e a PA diastólica isolada caracterizada por $PAS < 140$ mmHg e $PAD \geq 90$ mmHg, também passaram a ser subdivididas em hipertensão arterial estágio 1, 2 ou 3, considerando, respectivamente, os valores de PAS e PAD a partir dos intervalos pré-estabelecidos (Barroso *et al.*, 2021).

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

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Arterial Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Arterial Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Arterial Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: Barroso *et al.* (2021).

Destaca-se ainda, que os principais fatores de risco que favorecem o desenvolvimento da HAS, incluem uma série de determinantes. Entre eles: a idade, etnia, sobrepeso e obesidade, alimentação contendo altos níveis de sódio e baixos níveis de potássio, ingestão excessiva de álcool, atividade física insuficiente, menor escolaridade, baixa renda familiar, habitação inadequada, uso de medicações específicas e de drogas ilícitas, e apneia obstrutiva do sono, os quais podem ser considerados modificáveis ou não, a partir da análise de princípios genéticos, das condições socioeconômicas e dos hábitos de vida associados (Barroso *et al.*, 2021).

Além disso, em 2021 a HAS foi responsável pela ocorrência de 18,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, atingindo a maior taxa de mortalidade nos últimos dez anos, principalmente na população com 60 anos ou mais. Entre os anos de 2011 e 2018, a taxa de óbito por HAS variava entre 11,4 e 12,4 a cada 100 mil habitantes, no entanto, a partir de 2020, o número de óbitos aumentou para 17,8 a cada 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2023a).

De acordo com os dados emitidos pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2023, aproximadamente 27,9% dos indivíduos moradores das capitais brasileiras, acima de 18 anos de idade, apresentavam o diagnóstico médico de HAS, com maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, e com aumento da incidência da doença com o passar da idade em ambos os sexos (Ministério da Saúde, 2023b).

Sendo assim, além de ser uma condição altamente prevalente na população, a HAS é considerada um dos principais fatores predisponentes para morbidade e mortalidade, apresentando um papel determinante no desenvolvimento de outras DCV e complicações renais (Feitosa *et al.*, 2023).

Devido a sua natureza comumente assintomática, a HAS é capaz de provocar alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos de grande porte, como o coração, cérebro e rins (Barroso *et al.*, 2021), onde a exposição prolongada à PA elevada em decorrência do desequilíbrio entre o retorno venoso, a força de contração, a frequência cardíaca e a resistência periférica, acarreta em lesões vasculares, que resultam na perda de complacência arterial e no enrijecimento progressivo dos vasos (Brandão; Amodeo; Nobre, 2022).

No músculo cardíaco, a hipertensão representa um aumento da pós-carga, forçando o ventrículo esquerdo a elevar a pressão para ejetar o sangue do coração para as artérias. A cronicidade desse aumento na pós-carga provoca um espessamento na musculatura do ventrículo esquerdo, através do acúmulo de novas miofibrilas que, geram o remodelamento da musculatura cardíaca com o intuito de aumentar a força de contração, o que

consequentemente, provoca a perda da capacidade de distensão deste músculo gerando assim, uma maior possibilidade de insuficiência miocárdica (Preston; Wilson, 2014).

Portanto, a regulação da PA é uma das funções fisiológicas mais complexas do organismo, que engloba um conjunto de ações integradas de diferentes sistemas corporais, como cardiovascular, renal, neural e endócrino, onde a alteração nos valores pressóricos associada a outros distúrbios metabólicos é capaz de alterar o padrão fisiológico da PA e, desencadear assim, a ocorrência de complicações (Gomes, 2023).

2.2 RISCO CARDIOVASCULAR E OS AGRAVOS DE SAÚDE

O risco cardiovascular é definido como um conjunto de fatores relacionados aos hábitos de vida, características socioeconômicas, condições clínicas e hereditárias do paciente, diretamente associados à predisposição e à ocorrência de doenças cardíacas (Félix *et al.*, 2022).

Diante do exposto, as alterações fisiológicas, o consequente remodelamento vascular e a hipertrofia miocárdica provocadas pela HAS, associadas ainda a outras alterações metabólicas, acarreta o agravamento da saúde cardiovascular na presença de demais fatores de risco, como: dislipidemia, obesidade, tabagismo, estresse psicoemocional, diabetes mellitus (DM), excesso de gordura visceral e antecedentes familiares de HAS ou outras DCV de acometimento precoce (Magalhães; Amorim; Rezende, 2018).

Conforme descrito nas diretrizes internacionais para o tratamento farmacológico da HAS em adultos, publicadas em 2022, as dislipidemias estão entre as principais comorbidades presentes em pacientes hipertensos, correspondendo a 56% dos casos, enquanto o DM encontra-se presente em 27% dos casos, bem como estima-se que cerca de 23% indivíduos possuem pelo menos uma comorbidade associada a HAS, outros 24% apresentam duas comorbidades associadas a HAS e, 39% dos indivíduos possuem três ou mais comorbidades associadas concomitantemente a HAS (OPAS, 2022).

Contudo, destaca-se que a elevação da PA representa o principal fator de risco modificável, com uma relação independente, linear e contínua com as DCV, doença renal crônica (DRC) e morte prematura (Barroso *et al.*, 2021), sendo que a duração da exposição à PA elevada, é responsável por determinar o risco de ocorrência desses eventos (Brandão; Amodeo; Nobre, 2022).

Portanto, os fatores de risco cardiovascular estão comumente associados ao perfil epidemiológico da comunidade, as condições econômicas, sociais, educacionais, políticas e

culturais, bem como a limitação de acesso da população aos serviços de saúde (Félix *et al.*, 2022).

Sendo assim, o controle dos níveis pressóricos e a prevenção da HAS consistem em opções que apresentam melhor custo-efetividade para a prevenção de DCV, ao passo que as ações desenvolvidas no âmbito da saúde pública devem ser voltadas para a adequação dos fatores de risco modificáveis associados à HAS (Brandão; Amodeo; Nobre, 2022).

2.2.1 Principais agravos cardiovasculares associados à hipertensão

Os agravos cardiovasculares são descritos como um grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos, interferindo no fluxo de sangue por meio de coágulos, placas de aterosclerose, danos na musculatura cardíaca, enrijecimento e comprometimento de veias e artérias, entre outros. Esses problemas resultam no mau funcionamento dos sistemas corporais, provocando lesões em órgãos-alvo diante da incapacidade de suprimento sanguíneo (OPAS, 2023).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) as DCV estão entre as principais causas de morte na esfera global. Em 2016, 17,9 milhões de pessoas foram vítimas fatais de DCV, o que representa cerca de 31% dos óbitos em nível mundial, tendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE) como as principais causas (OPAS, 2023).

Estudos recentes demonstraram ainda o aumento progressivo de DCV associadas à HAS, onde uma PA com valores superiores a uma PAS de 115 mmHg e uma PAD de 75 mmHg são responsáveis por provocar cerca de 49% dos IAM e 62% dos casos de AVE (Barroso *et al.*, 2021).

Sendo assim, considerando os aspectos fisiopatológicos da HAS e suas alterações, essa condição está fortemente interligada de maneira independente e consistente à eventos em órgãos-alvo, podendo resultar em complicações fatais e não fatais (Magalhães; Amorim; Rezende, 2018), estando entre as mais comuns: morte súbita, IAM, insuficiência cardíaca (IC), AVE de origem isquêmica ou hemorrágica e DRC com necessidade de tratamento dialítico (Barroso *et al.*, 2021).

O IAM está associado à HAS mediante a existência de fatores de riscos aterogênicos comuns em ambas as patologias, como por exemplo, dislipidemia, diabetes, obesidade e tabagismo (Póvoa, 2018). Outra condição a ser considerada é a ocorrência de lesão endotelial causada por aumento da PA, o que contribui para a ativação do sistema plaquetário e

consequente deposição de lipídios com a formação de placas ateroscleróticas, interferindo no fluxo sanguíneo coronariano e culminando em isquemia miocárdica (Evangelista *et al.*, 2019).

A HAS é vista também como um fator agravante para a ocorrência de IC, visto que pacientes hipertensos, apresentam cerca de 2 a 3 vezes mais chances de desenvolver essa condição (Póvoa, 2018), que acarreta a hipertrofia ventricular com consequente redução do volume sistólico e da distensibilidade do músculo cardíaco (Pereira *et al.*, 2021).

Além disso, o AVE, seja de natureza isquêmica ou hemorrágica, possui relação direta com os níveis pressóricos, onde uma pressão elevada torna-se desfavorável à medida em que é capaz de provocar edema cerebral, transformação hemorrágica e déficit neurológico (Bombig; Francisco; Bianco, 2021). Em pacientes hipertensos, aumenta-se em 4 vezes o risco de ocorrência AVE isquêmico e, eleva-se em 3,9 vezes a probabilidade de eventos hemorrágicos intracranianos (Póvoa, 2018).

No caso de DRC associada a HAS, ambas estão interligadas, podendo ser causa ou consequência. Quando a HAS é causadora da DRC, ela resulta em lesão renal com comprometimento microvascular (Póvoa, 2018), onde o espessamento da parede da arteríola aferente do glomérulo renal, denominada de arteriolosclerose hialina, provoca isquemia renal e contribui para evolução da doença entre os diferentes estágios de insuficiência renal (Santos *et al.*, 2021).

Desta forma, o controle e a redução da PA estão entre as principais metas terapêuticas para prevenir a ocorrência e melhorar o prognóstico das DCV, visando a atenuação de complicações e de desfechos desfavoráveis à saúde (Bombig; Francisco; Bianco, 2021).

2.2.2 Estratificação de risco cardiovascular

A estratificação do risco cardiovascular permite avaliar a vulnerabilidade de um indivíduo em sofrer eventos cardiovasculares, sendo fundamental para o planejamento estratégico da equipe de saúde. Ela orienta a organização e a implementação de ações individuais ou coletivas com base nas necessidades identificadas (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2021).

Em resposta ao significativo impacto social e econômico das DCV na população brasileira, foi instituída e estabelecida em 2021, a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ESV) na APS, através da Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021 (Ministério da Saúde, 2022). Com o objetivo de:

I - Qualificar a atenção integral às pessoas com doenças cardiovasculares na APS;

II - Dar suporte ao desenvolvimento de ações para prevenção e controle das doenças cardiovasculares no âmbito da APS, com ênfase às condições de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM); e

III - Promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução nas taxas de complicações, internações e morbimortalidade por doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2021a, p. 65-66).

A estratificação do risco cardiovascular é uma ferramenta importante para a prevenção de eventos cardiovasculares, atribuindo valores ao conjunto de fatores de riscos que englobam a condição de saúde do indivíduo, além de considerar a presença de patologias ou de alterações bioquímicas isoladamente. No caso de pacientes hipertensos, a aplicação da estratificação do risco cardiovascular vai além do simples controle da PA, abrangendo também outros fatores de risco associados. Isso possibilita estimar o risco que esse indivíduo possui ao longo do tempo, permitindo a adoção de medidas preventivas eficazes e, assim, contribuindo para a redução da mortalidade por DCV (Mendes *et al.*, 2018).

Dessa forma, para a estratificação do risco cardiovascular, os profissionais de saúde dispõem de várias ferramentas, destacando-se a iniciativa de Hearts, desenvolvida pela OPAS em conjunto com a OMS. A iniciativa Hearts oferece uma abordagem estruturada para a gestão e controle dos fatores de risco cardiovascular, fornecendo diretrizes e estratégias baseadas em evidências para melhorar a prevenção e o tratamento de doenças com ênfase na APS (OPAS, 2021).

Junto a esta iniciativa, originou-se a calculadora Hearts, também lançada em 2021, e adaptada para a realidade brasileira, permitindo avaliar critérios laboratoriais que envolvem a dosagem de creatinina, taxa de filtração glomerular e dosagem de colesterol total e critérios não laboratoriais, incluindo variáveis como idade, sexo, tabagismo, HAS, DM e índice de massa corporal (IMC). A definição dos parâmetros e o estabelecimento de critérios de avaliação são fundamentais para nortear o planejamento da assistência, às orientações terapêuticas e a periodicidade do acompanhamento com a equipe de saúde, garantindo o controle mais eficaz de eventos cardiovasculares fatais e não fatais na população atendida (Ministério da Saúde, 2022).

A calculadora de Hearts é capaz de estimar a possibilidade de pessoas com idade entre 40 a 75 anos desenvolverem problemas cardiovasculares como o IAM, AVE ou morte nos próximos 10 anos. Os resultados são ofertados em porcentagem e classificados em cinco categorias de risco, cada uma associada a uma cor específica:

- Risco baixo: < 5%, caracterizado pela cor verde;

- Risco moderado: 5% a < 10%, caracterizado pela cor amarela;
- Risco alto: 10% a < 20%, caracterizado pela cor alaranjada;
- Risco muito alto: 20% a < 30%, caracterizado pela cor vermelha e;
- Risco crítico: $\geq 30\%$, caracterizado pela cor bordô (OPAS, 2021).

Vale ressaltar que pacientes com HAS associada a DM, DRC e/ou outros fatores de risco são classificados automaticamente como de alto risco cardiovascular. Por outro lado, pacientes com histórico de DCV, incluindo doenças coronarianas, cerebrovasculares ou periféricas, são classificados com risco cardiovascular muito alto (OPAS, 2021).

Além disso, a calculadora de Hearts permite ainda calcular o risco cardiovascular individual mesmo que o nível de colesterol sanguíneo seja desconhecido, utilizando outros parâmetros, como o cálculo do IMC do indivíduo com base no peso e altura do paciente (OPAS, 2021).

De acordo com a OPAS (2021), outros benefícios dessa ferramenta incluem a possibilidade de avaliar a diminuição de risco de DCV ao modificar fatores como o tabagismo, PAS inferior a 140 mmHg, níveis de colesterol total abaixo de 200 mg/dL e IMC menor que 25 kg/m². Além disso, a calculadora oferece sugestões acerca do uso de estatina e aspirina concomitante ao tratamento farmacológico com anti-hipertensivos e estabelece a frequência de acompanhamento e a necessidade de encaminhamento para especialista, sendo que essas recomendações terapêuticas devem ser avaliadas e correlacionadas com o quadro de saúde identificado pelo profissional durante o atendimento ao paciente.

2.3 ATENDIMENTO À USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE HAS NA APS

A APS consiste no primeiro nível de atenção à saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como um filtro capaz de organizar os atendimentos em saúde, desde os mais simples até os mais complexos, com o objetivo de promover assistência integral aos indivíduos, famílias, comunidades e coletividades. Suas ações abrangem a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, o restabelecimento da saúde e a redução de agravos. A APS é orientada pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade” (Ministério da Saúde, 2024, s.p).

As práticas desenvolvidas na APS baseiam-se em ações interdisciplinares e intersetoriais, mediante ao conhecimento do território adscrito e levando em consideração as características históricas e geográficas do local, os determinantes sociais, as questões

ambientais e trabalhistas, e os demais condicionantes e determinantes que influenciam no processo saúde-doença. Essa caracterização do território permite que a equipe de saúde analise e identifique a população, definindo suas necessidades e fornecendo uma assistência adequada e efetiva às demandas de saúde desses indivíduos (Andrade *et al.*, 2021).

Para orientar a atuação das equipes da APS, o Ministério da Saúde estabelece diretrizes específicas para a regulação do cuidado. Um exemplo atual é uma linha de cuidados em saúde para pacientes com HAS, que visa ampliar o acesso dos pacientes a diferentes níveis de atenção e garantir a qualidade da assistência prestada. Essa diretriz orienta as equipes na aplicação de medidas diagnósticas e planos terapêuticos eficazes, promovendo uma assistência humanizada e integral (Ministério da Saúde, 2021b).

Ainda pensando na abrangência da HAS, preconiza-se que a assistência aos portadores dessa condição seja iniciada e realizada pela APS, considerada a porta de entrada para o sistema de saúde e o ponto de comunicação entre os demais serviços de saúde (Tanaka *et al.*, 2019).

Sendo assim, os atendimentos fornecidos no âmbito da APS são realizados por profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, com o intuito de proporcionar o cuidado integral e o acompanhamento longitudinal dos pacientes, atuando positivamente na garantia de acesso à saúde através da criação de estratégias e planos de ações, da implementação de políticas públicas, de projetos comunitários, e da gestão e coordenação dos serviços de saúde (Borges *et al.*, 2022).

Dessa forma, é visto que a APS, diante da assistência prestada à comunidade, busca o acompanhamento efetivo dos indivíduos portadores de HAS, garantindo o cuidado integral, com apoio especializado para diagnóstico e determinação da terapêutica, e o manejo deste agravo de saúde, traçando uma linha de cuidados para a concretização da assistência (Tanaka *et al.*, 2019).

Portanto, a equipe multidisciplinar possui grande importância na participação em estratégias de prevenção, no diagnóstico e na monitorização da HAS, bem como no controle da PA, com foco no desenvolvimento de ações individuais e coletivas que propiciem a integração de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde durante a definição de metas direcionadas ao controle da HAS (Brasil, 2014).

Sendo assim, na APS a linha de cuidados à pacientes hipertensos tem início a partir da anamnese e do exame físico do indivíduo, com levantamento do histórico clínico e familiar, e a investigação clínica e laboratorial, compondo o processo de avaliação inicial, para então prosseguir com confirmação do diagnóstico, determinação de fatores de risco cardiovascular,

investigação e identificação de causa secundária, análise do risco cardiovascular, além da verificação de lesões em órgãos-alvo e de doenças correlacionadas (Ministério da Saúde, 2021b).

Com a confirmação do diagnóstico de HAS, e a avaliação dos níveis pressóricos e do risco cardiovascular, são elencadas as abordagens terapêuticas que correspondem a basicamente duas estratégias: o tratamento medicamentoso com o uso de anti-hipertensivos, e o tratamento não medicamentoso fundamentado em mudanças no estilo de vida (Ministério da Saúde, 2014).

O tratamento farmacológico envolve a utilização de diferentes classes de fármacos com ação anti-hipertensiva que permitem a sua utilização como tratamento de primeira escolha ou por associação concomitante, estando entre as principais classes: os diuréticos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os bloqueadores dos receptores de angiotensina e os bloqueadores dos canais de cálcio (OPAS, 2022).

As alternativas do tratamento não medicamentoso incluem: o controle de peso, a terapia nutricional com a adequação e educação sobre hábitos alimentares, prática de atividade física regular, redução da ingestão de sódio, aumento do consumo de potássio, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, cessação do hábito de fumar e ciclo de sono adequado, além da diminuição de estressores da rotina diária (Martins, 2023; Barroso *et al.*, 2021).

A equipe de saúde da APS possui ferramentas capazes de contribuir com uma maior adesão dessas pessoas ao tratamento, podendo-se utilizar de consultas individuais para fornecer orientações sobre o uso correto da medicação, identificar possíveis dificuldades no tratamento e incentivar mudanças comportamentais mediante a análise do contexto social em que o paciente está inserido, com a criação de metas adaptadas à realidade do indivíduo. Além disso, podem ser desenvolvidas ações coletivas, mediante a criação de grupos com foco na educação em saúde através da troca de experiências e informações entre usuários e profissionais, com a execução de atividades e o fornecimento de orientações que contribuam para o controle dos níveis pressóricos e, conseqüente diminuição do risco de ocorrência de complicações cardiovasculares (Telessaúde BA, 2020).

Dessa forma, considera-se a atuação da equipe multiprofissional na garantia e incentivo à adesão da terapêutica estabelecida, com conseqüente resultado positivo no controle da PA (Ministério da Saúde, 2021b). E destaca-se também, o acompanhamento do paciente por meio do acesso às consultas de rotina, aliadas aos demais recursos disponíveis na

APS destinados a promoção da saúde e a prevenção de doenças, como forma de potencializar a qualidade da assistência prestada aos usuários portadores de HAS (Tanaka *et al.*, 2019).

2.4 TEORIA DE ENFERMAGEM

Imogene M. King, pioneira no desenvolvimento da teoria de enfermagem denominada de Teoria do Alcance de Metas, nasceu em 1923, cursou enfermagem no St. John's Hospital School of Nursing, em St. Louis em Missouri, concluindo a graduação no ano de 1945. Tornou-se bacharel em enfermagem em 1948 pela St. Louis University, onde mais tarde, na mesma instituição, em 1957, realizou o seu mestrado. Em 1961 recebeu o título de doutora em educação pelo Teacher's College, Columbia University, em Nova York. Além disso, ocupou diversos cargos como membro da equipe de enfermagem, bem como no ensino, na pesquisa e na administração, permanecendo ativa em diversas instituições no decorrer de sua vida profissional, atuando como professora e consultora de pesquisa ao longo dos anos. Imogene King faleceu em 2008 (McEwen; Wills, 2016).

A teoria do Alcance de Metas elaborada por King e publicada em 1981, foi fundamentada a partir das considerações teóricas propostas no modelo de Sistemas Abertos Interatuantes, que abrange três sistemas: o pessoal, o interpessoal e o social, devido ao fato de o indivíduo estar em constante interação com o ambiente e com as pessoas ao seu redor (Moreira; Araújo, 2002). Sendo assim, os enfermeiros consideram o paciente como um sistema único pessoal que interage com os demais sistemas, onde busca-se a partir dessa interação, determinar juntamente com o paciente, metas e objetivos de saúde com o intuito de manter, melhorar ou restaurar a saúde, tornando o indivíduo um integrante ativo em seu tratamento (Potter, 2018).

Nesse aspecto, o enfermeiro e o paciente estabelecem uma relação para o enfrentamento da condição de saúde, onde a enfermagem é vista como um processo que permite ações, reações e interações, fornecendo sobretudo o cuidado aos seres humanos a partir da percepção acerca da situação de enfermagem. E como meta de enfermagem, a teoria ressalta que se procura auxiliar o indivíduo na recuperação da saúde, garantindo que esse possa desempenhar suas tarefas e atividades rotineiras (Moreira; Araújo, 2002).

Esse modelo proposto por King, quando aplicado para pacientes com HAS, parte da necessidade de se obter uma interação efetiva entre o profissional e o paciente, para o estabelecimento de metas que o encorajem quanto ao seguimento e a adesão à terapêutica,

com o intuito de atingir o controle da doença e prevenir complicações, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente hipertenso (Moreira; Araújo, 2002).

Por fim, identifica-se a importância e a utilidade da aplicação da Teoria do Alcance de Metas no âmbito da saúde, contribuindo com o ensino e a prática de enfermagem, através um modelo de cuidado direcionado ao paciente a partir das relações estabelecidas (McEwen; Wills, 2016).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordados os aspectos sobre o método do estudo realizado, o tipo de pesquisa, o local de desenvolvimento do estudo, a definição da população, a coleta de dados, a análise, além dos procedimentos éticos utilizados para o desenvolvimento do estudo.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de um estudo realizado por meio de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva.

Segundo Appolinário (2011, p. 150, *apud* Lozada; Nunes, 2018, p. 132), a pesquisa quantitativa refere-se a um modelo de pesquisa composto por variáveis previamente estabelecidas, com capacidade de mensuração e descrição numérica, onde os dados e os resultados obtidos são analisados a partir da aplicação da estatística. Quando associada à natureza descritiva, visa detalhar um fenômeno ou uma situação, permitindo descrever com clareza as características de um determinado indivíduo, grupo ou contexto, bem como explorar a relação entre os eventos (Pedroso; Silva; Santos, 2018).

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado em uma determinada microárea de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município localizado na região do Alto Vale do Itajaí, em Santa Catarina (SC).

A RAS deste município é composta por diferentes setores, entre eles: APS (correspondente às UBS), Atenção Intermediária (Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)), e Atenção Especializada (ambulatórios especializados e 01 hospital), os quais também atuam na oferta de atendimento integral às necessidades apresentadas por pacientes com diagnóstico de HAS.

Como o objeto deste estudo envolve o cuidado em saúde oferecido através da APS, vale ressaltar, que o município possui um total de seis (06) UBS, dispostas entre diferentes bairros e compostas por equipes multiprofissionais que fornecem atendimento à toda população cadastrada, sendo organizadas por áreas de abrangência.

No que diz respeito à UBS escolhida para desenvolver a pesquisa, esta destaca-se no município por apresentar uma maior quantidade de pacientes com diagnóstico médico de HAS cadastrados em seu território, o que proporciona um número amostral mais satisfatório.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para este estudo, foi utilizado o método de amostragem intencional, que corresponde a um tipo de amostra não probabilística, que, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 208, *apud* Lozada; Nunes, 2018, p. 187), trata-se de uma amostra selecionada intencionalmente, a partir de casos específicos, baseados nas necessidades do pesquisador.

Considerando que o principal objetivo deste estudo é analisar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS na faixa etária entre 40 e 75 anos de idade, a seleção da amostra baseou-se em dados extraídos de um relatório do primeiro semestre de 2024, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde e gerado através do sistema IDS Saúde. O relatório apresenta o quantitativo de pacientes hipertensos do município, permitindo a aplicação de filtros por UBS e suas respectivas microáreas de abrangência, considerando ainda o sexo e a faixa etária.

Na sequência, através do relatório, foi identificada a UBS com maior quantidade de pacientes hipertensos, seguido da escolha da microárea dessa UBS que também apresentava a maior quantidade de pacientes hipertensos. A UBS selecionada contava com um total de seiscentas e oitenta (680) pacientes hipertensos cadastrados e distribuídos em oito (08) microáreas. Entre esses pacientes, quatrocentos e vinte e cinco (425) estavam na faixa etária de 40 e 75 anos de idade, sendo que a microárea com maior número de pacientes hipertensos nessa faixa etária era composta inicialmente por sessenta e seis (66) pacientes.

Entre o período de aprovação da pesquisa pelo CEP e o início da coleta de dados, houve duas baixas na amostra, um (01) paciente faleceu e um (01) paciente transferiu-se para um novo endereço, o que totalizou uma amostra de sessenta e quatro (64) pacientes.

Durante o processo de coleta de dados, quatro (04) pacientes foram excluídos por atenderem aos critérios de exclusão da pesquisa: dois (02) pacientes tiveram AVE, e outros dois (02) pacientes apresentavam doença coronariana com necessidade de angioplastia. Assim, a amostra final foi composta por um total de sessenta (60) pacientes hipertensos, representando 90,9% da amostra inicial planejada.

Para incorporação dos participantes na amostra foram considerado os seguintes critérios de inclusão: a) ser hipertenso; b) de ambos os sexos; c) com idade entre 40 e 75 anos;

d) fazer o uso de medicamentos anti-hipertensivos; e) estar cadastrado há pelo menos 6 meses no território de abrangência da microárea escolhida; f) estar no domicílio durante a visita para a aplicação da pesquisa; g) concordar em participar da pesquisa voluntariamente e; h) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

E como critérios de exclusão foram considerados: a) hipertensos com idade inferior a 40 anos e superior a 75 anos; b) que não fazem o uso de medicamentos anti-hipertensivos; c) que possuíam ou já passaram por agravos cardiovasculares (Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca e Doença Renal Crônica); d) estar acamado; e) não estar presente no domicílio durante a visita para aplicação da pesquisa; f) não aceitar participar da pesquisa e; g) não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

A pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa para o Secretário Municipal de Saúde do município em questão, o qual autorizou a coleta de dados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI).

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2024, através de visitas domiciliares pré-agendadas aos pacientes com diagnóstico de HAS, na qual a pesquisadora esteve sempre acompanhada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela da microárea escolhida.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário pré-estruturado, elaborado pela pesquisadora, em formato eletrônico (APÊNDICE A) na Plataforma *Google Forms* (formulários do *Google*), contendo 10 questões referentes a calculadora de Hearts (para posterior cálculo de risco cardiovascular) e outras 10 perguntas fechadas e 5 perguntas mistas elaboradas pela pesquisadora. As questões abordaram aspectos relacionados aos critérios de inclusão, histórico de saúde, hábitos de vida, conhecimento do paciente acerca do diagnóstico de HAS e o acompanhamento de saúde recebido através da UBS. O tempo de duração da entrevista variou entre os participantes, não excedendo 15 minutos.

Durante a visita domiciliar a pesquisadora identificou-se para os participantes, bem como explicou o objetivo da visita e da pesquisa, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), e a partir da concordância do indivíduo, de maneira

livre e espontânea, foi prosseguida com a assinatura do documento, permanecendo uma via com o pesquisado e outra com o entrevistador.

Na sequência, a pesquisadora realizou a leitura de cada pergunta e o preenchimento do questionário eletrônico de acordo com as respostas relatadas verbalmente por cada entrevistado(a), sendo que, ao final da entrevista, foi dado ao participante, a oportunidade de verificar e confirmar os dados registrados. Ao término da pesquisa, a pesquisadora agradeceu a participação e a contribuição de cada indivíduo.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram registrados via formulário eletrônico no *Google Forms* e armazenados automaticamente em uma planilha do Excel. Para análise quantitativa dos dados utilizou-se o software IBM SPSS Statistics 22, que possibilitou o tratamento das variações de interesse de forma organizada e padronizada. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis, obtendo valores absolutos e percentuais para as variáveis categóricas, e cálculos de medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas. Essa análise preliminar permitiu compreender a distribuição e as características principais da amostra.

Na sequência, para verificar a associação entre a estratificação de risco cardiovascular (variável desfecho) e as variáveis de exposição (gênero, idade, IMC, valor da PAS, valor do colesterol total, cuidados alimentares, atividade física, tabagismo, diabetes mellitus, histórico de DCV e histórico familiar de DCV) utilizou-se o Teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Vale ressaltar que a análise e interpretação dos resultados obtidos com o estudo também foram fundamentadas com base na Teoria do Alcance de Metas.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para atender aos critérios éticos, o estudo respeitou os preceitos dispostos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, implementada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas que devem ser cumpridas em pesquisas e testes envolvendo seres humanos, devendo ser obrigatoriamente esclarecido aos participantes os procedimentos a serem realizados, bem como os possíveis riscos e benefícios, assegurando assim, os direitos e deveres dos participantes de pesquisa, conferindo-lhes

proteção (Brasil, 2013). Além disso, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo CEP da UNIDAVI, mediante o parecer consubstanciado de número 6.902.469 (ANEXO B).

Sendo assim, cada participante recebeu um TCLE (ANEXO A) contendo informações detalhadas acerca do estudo, que mediante a assinatura, autorizava a sua participação na pesquisa, ressaltando que essa participação era voluntária, e os indivíduos que não quisessem participar do estudo, teriam o direito de se recusar em qualquer momento. Enfatizou-se a garantia do sigilo e a confidencialidade das informações, onde o nome dos participantes foi substituído, utilizando para a identificação do instrumento de coleta a denominação: entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3, e assim sucessivamente, conforme a sequência de coleta de dados.

Entendeu-se ainda que a pesquisa poderia fornecer aos participantes riscos mínimos, caracterizados por: constrangimento, angústia, estresse e ansiedade relacionados à temática. Desta forma, frente aos possíveis riscos, o pesquisador se comprometeu em solicitar auxílio psicológico aos indivíduos, custeado por recursos próprios, serviço este que não foi utilizado por nenhum dos participantes durante a coleta de dados.

Enquanto que, como benefícios do estudo, destacou-se a identificação do perfil da população com diagnóstico de HAS com maior propensão para a ocorrência de agravos cardiovasculares, o que também contribui para a qualificação do serviço de saúde, tanto no atendimento individual destes pacientes, quanto na programação de ações e intervenções capazes de minimizar os danos à saúde do paciente com HAS.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através das respostas dos participantes da pesquisa, com vistas a identificar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS na faixa etária entre 40 e 75 anos de idade, cadastrados em uma microárea de uma determinada UBS.

A Tabela 2 apresenta o perfil sociodemográfico dos entrevistados, sendo possível observar que, houve um predomínio do gênero feminino, correspondendo a 66,7% dos entrevistados. A média de idade dos indivíduos foi de 60,5 anos ($\pm 9,37$), sendo que a maioria se encontra na faixa etária de 60 a 75 anos de idade (61,7%). Em relação ao nível de escolaridade, o ensino fundamental incompleto foi o mais frequente, abrangendo 51,7% dos participantes.

Tabela 2- Características do perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos

Variáveis		Total (n = 60)	
		n	%
Sexo	Feminino	40	66,7
	Masculino	20	33,3
Faixa etária	40 - 59 anos	23	38,3
	60 - 75 anos	37	61,7
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	31	51,7
	Ensino fundamental completo	5	8,3
	Ensino médio incompleto	0	0
	Ensino médio completo	14	23,3
	Ensino superior incompleto	1	1,7
	Ensino superior completo	9	15

n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

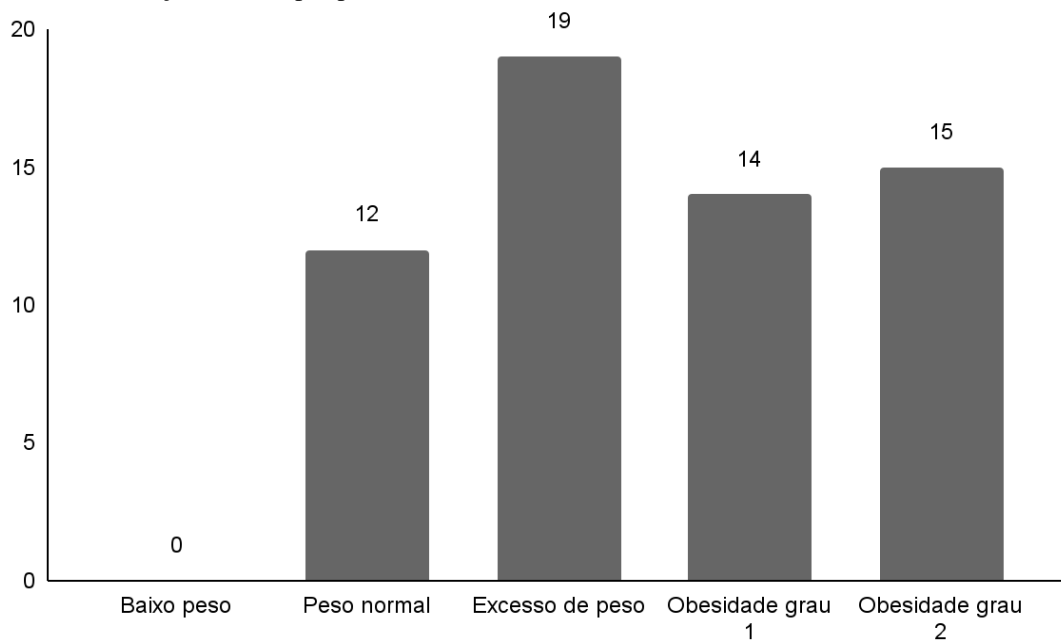
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir das variáveis peso e altura, utilizou-se a própria calculadora de Hearts para obter o valor do IMC dos pacientes. De acordo com o resultado, o IMC foi então classificado

nas seguintes categorias: baixo peso, peso normal, excesso de peso, obesidade grau 1 e obesidade grau 2. Sendo assim, o valor médio do IMC foi de $30,3 \text{ kg/m}^2 (\pm 6,09)$, o que corresponde à categoria de obesidade grau 1.

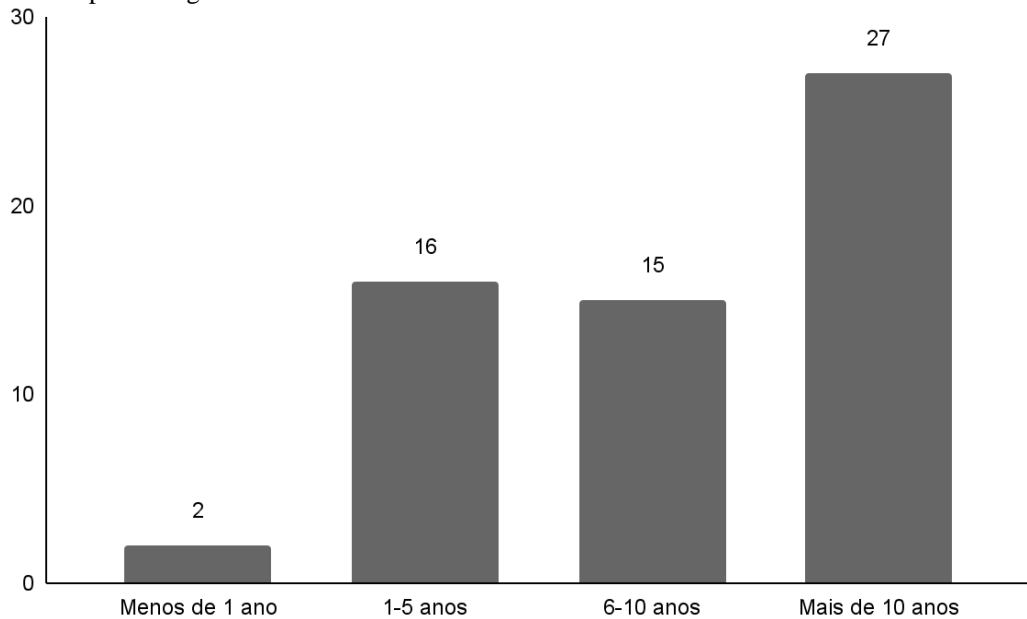
Conforme ilustrado no Gráfico 1, ao analisar os resultados individuais, observou-se que 19 participantes (31,7%), representando a maior parte da amostra, apresentavam excesso de peso, enquanto nenhum (0%) dos pacientes entrevistados se encontravam abaixo do peso.

Gráfico 1- Classificação do IMC por paciente



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Conforme mostrado no Gráfico 2, o tempo de diagnóstico de HAS entre os entrevistados varia de menos de 1 ano até mais de 10 anos, onde observa-se que 27 pacientes (45%) foram diagnosticados com HAS há mais de 10 anos.

Gráfico 2- Tempo de diagnóstico de HAS

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Todos os entrevistados relataram fazer o uso de medicamentos para o controle da PA, com uma média 1,86 ($\pm 0,74$) fármacos anti-hipertensivos por pessoa. Além disso, entre os 60 participantes, 4 (6,7%) afirmaram não saber a forma correta de utilizar esses medicamentos.

Quanto aos hábitos comportamentais da amostra, apenas 27 participantes (45%) relataram que praticam atividade física, sendo que 4 participantes (6,7%) realizam com uma frequência de uma vez por semana, 13 participantes (21,7%) realizam com uma frequência de duas a quatro vezes por semana, e 10 participantes (16,7%) com uma frequência de cinco a sete vezes por semana. Os outros 33 participantes (55%) não praticam atividade física.

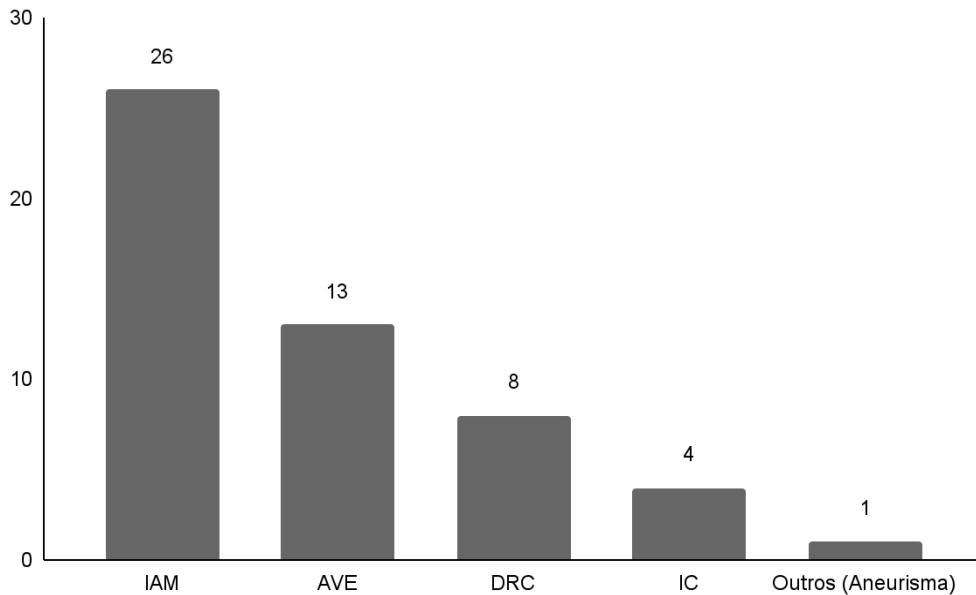
Além disso, 11 participantes (18,3%) possuem cuidados alimentares, visto que fizeram ou fazem acompanhamento com nutricionista, 5 participantes (8,3%) possuem cuidados alimentares de acordo com orientações que receberam de um profissional de saúde, e 25 participantes (41,7%) cuidam da alimentação de forma esporádica, baseando-se nos seus próprios conhecimentos, já os outros 19 participantes (31,7%) não possuem cuidados com a alimentação. Por fim, 7 indivíduos (11,7%) afirmam ser tabagistas.

Em relação ao histórico saúde-doença dos entrevistados, 13 indivíduos (21,7%) relataram ter DM, enquanto nenhum mencionou (0%) possuir DRC. E em relação a ocorrência de DCV, que incluem as doenças coronarianas, cerebrovasculares e vasculares periféricas, 4 participantes (6,7%) apresentaram histórico de DCV.

Porém, quando questionados sobre o histórico familiar de doenças DCV, 35 indivíduos (58,3%) relataram a ocorrência de condições como IAM, AVE, IC, DRC e outros

agravos em membros da família. De acordo com Gráfico 3 ilustrado abaixo, o IAM foi o mais citado, sendo mencionado por 26 pessoas (74,3%).

Gráfico 3- Histórico familiar de IAM, AVE, DRC, IC ou outras doenças cardiovasculares

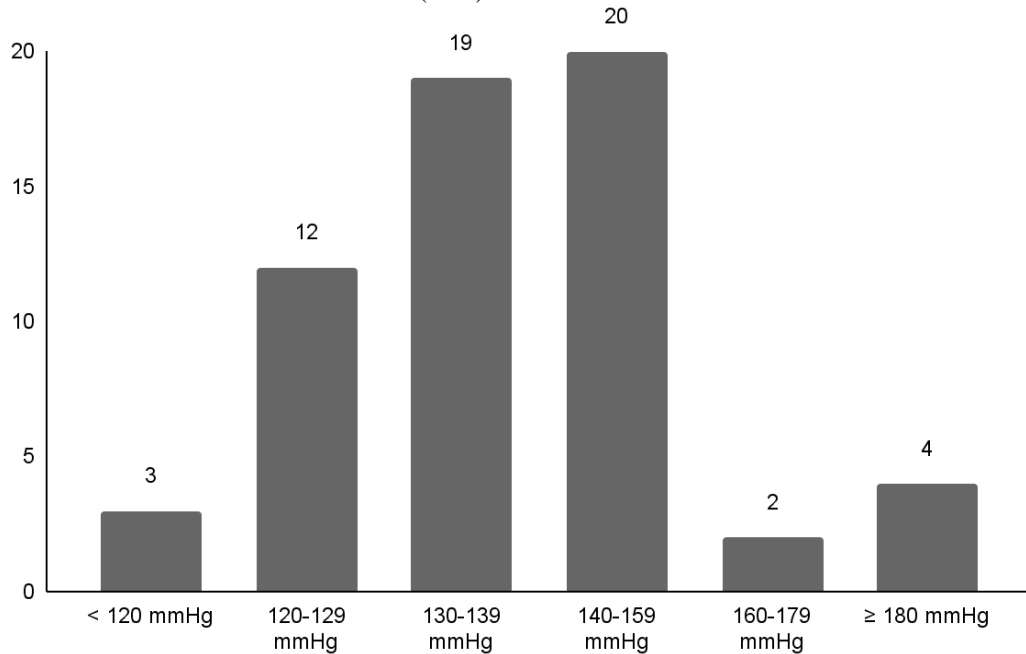


IAM = infarto agudo do miocárdio; AVE = acidente vascular encefálico; DRC = doença renal crônica; IC = insuficiência cardíaca.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

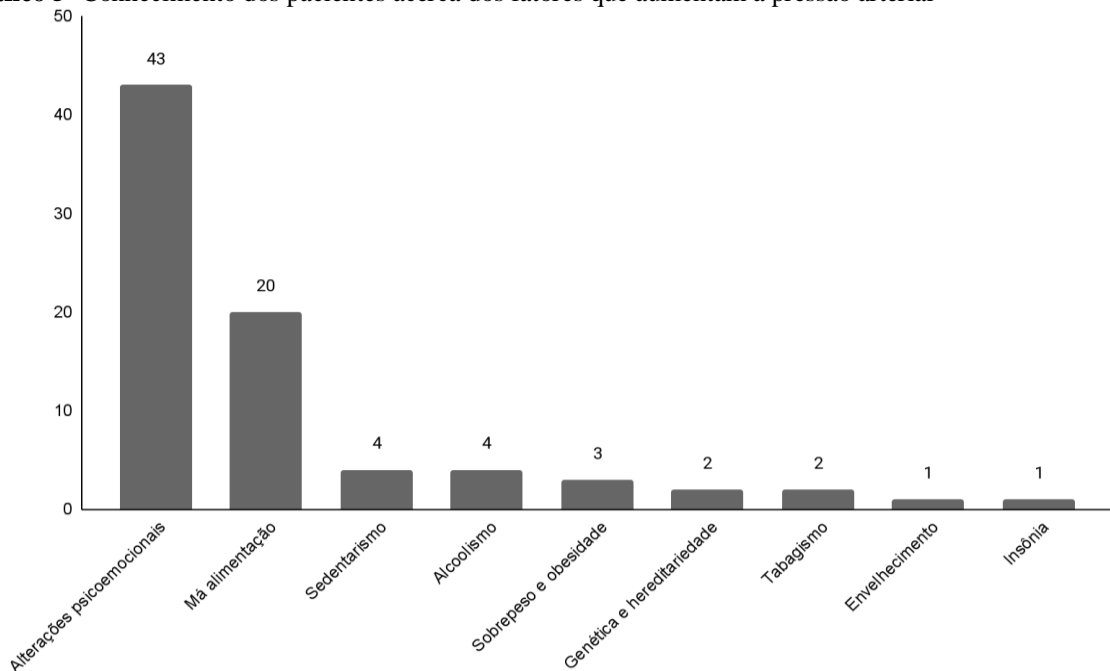
Quando questionados aos entrevistados sobre os níveis de colesterol total, 15 entrevistados (25%) afirmaram ter conhecimento desses valores, obtidos por meio de consulta médica e exames de acompanhamento. Dentre esses, 6 participantes (40%) apresentam que o valor do colesterol total se encontra < 200 mg/dL (ideal), outros 6 (40%) apresentam valor entre 200 e 239 mg/dL (superior/limítrofe), e 3 indivíduos (20%) apresentam colesterol total \geq 240 mg/dL (indesejável/alto).

Ao verificar o valor da PAS dos entrevistados, conforme exposto no Gráfico 4, observa-se que 20 participantes (33,3%) apresentaram PAS de 140-159 mmHg, que, de acordo com a classificação de Barroso *et al.* (2021), é classificada como Hipertensão Arterial Estágio 1.

Gráfico 4- Valor da Pressão Arterial Sistólica (PAS) dos entrevistados

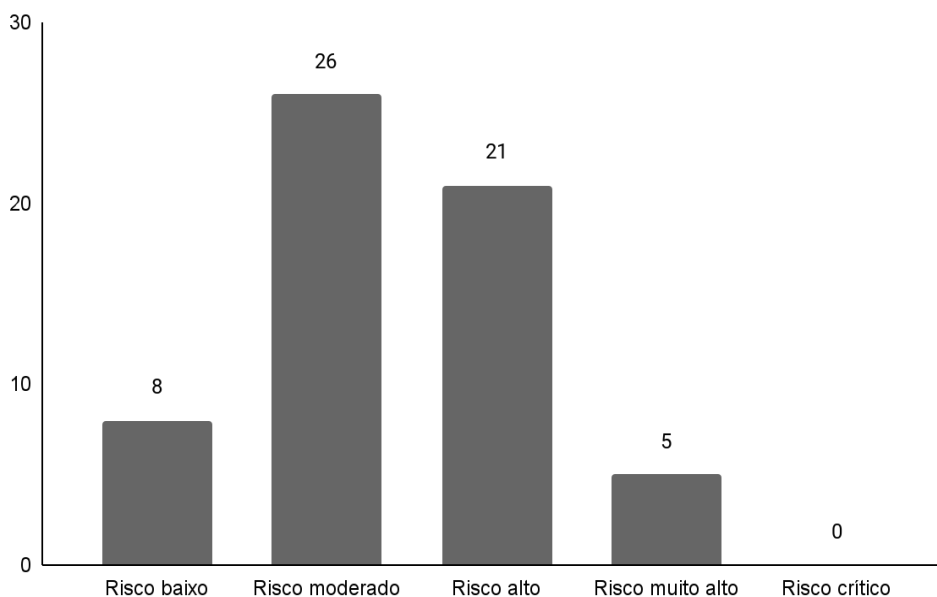
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Ao realizar uma pergunta aberta acerca do conhecimento dos entrevistados quanto à identificação dos fatores que contribuem para o aumento da PA, 56 entrevistados (93,3%) afirmaram ter esse conhecimento. Para avaliar as respostas encontradas foram elencadas diferentes variáveis, conforme dispostas no Gráfico 5, sendo que a variável mencionada com maior frequência está relacionada com as alterações psicoemocionais, citada por 43 entrevistados (76,8%).

Gráfico 5- Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores que aumentam a pressão arterial

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Ao estratificar o risco cardiovascular dos pacientes utilizando a calculadora de Hearts, conforme representado no Gráfico 6, observou-se que 26 entrevistados (43,3%) apresentaram risco moderado para o desenvolvimento de agravos cardiovasculares, sendo que nenhum dos participantes foi classificado como tendo risco crítico.

Gráfico 6- Estratificação de risco cardiovascular de pacientes hipertensos de acordo com a classificação de Hearts

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Para associar os fatores de risco com a estratificação de risco cardiovascular, optou-se em dicotomizar as categorias da variável desfecho. As categorias risco baixo e risco moderado foram agrupadas e denominadas de “menor risco”, enquanto as condições de risco alto e muito alto também foram agrupadas em de “maior risco”. Considerando a influência do gênero nos resultados, optou-se pela associação separada por gênero feminino e masculino.

Sendo assim, observou-se uma associação significativa com a estratificação do risco cardiovascular, no gênero feminino, entre o IMC ($p = 0,049$), portadoras de DM ($p < 0,001$) e com histórico de DCV ($p = 0,036$). Dessa forma, mulheres com excesso de peso, DM e com histórico de DCV apresentam tendência de maior risco para o desenvolvimento de agravos cardiovasculares (Tabela 3).

Tabela 3- Associação entre os fatores sociodemográficos e comportamentais e a estratificação de risco cardiovascular conforme o gênero feminino

Variáveis		Menor risco	Maior risco	Qui-quadrado
		n (%)	n (%)	p
Idade	40-59 anos	6 (46,2)	7 (53,8)	0,314
	60-75 anos	17 (63)	10 (37)	
IMC	Baixo peso	0 (0)	0 (0)	0,049
	Peso normal	8 (100)	0 (0)	
	Excesso de peso	6 (46,2)	7 (53,8)	
	Obesidade grau 1	5 (55,6)	4 (44,4)	
	Obesidade grau 2	4 (40)	6 (60)	
Valor da PAS	< 120 mmHg	1 (33,3)	2 (66,7)	0,571
	120-129 mmHg	8 (72,7)	3 (27,3)	
	130-139 mmHg	7 (63,6)	4 (36,4)	
	140-159 mmHg	6 (50)	6 (50)	
	160-179 mmHg	0 (0)	0 (0)	
	≥ 180 mmHg	1 (33,3)	2 (66,7)	
Valor do	Ideal (< 200mg/dL)	4 (80)	1 (20)	0,612

colesterol total (n = 13)	Superior/Limítrofe (200-239 mg/dL)	5 (83,3)	1 (16,7)	
	Indesejável/Alto (≥ 240 mg/dL)	1 (50)	1 (50)	
Cuidados alimentares	Sim, já fiz/faço acompanhamento com nutricionista	4 (44,4)	5 (56,6)	0,181
	Sim, já recebi orientação de um profissional de saúde	3 (75)	1 (25)	
	Às vezes, conforme meus conhecimentos/intuitivamente	13 (72,2)	5 (27,8)	
	Não	3 (33,3)	6 (66,7)	
Atividade física	Sim, 1 vez por semana	1 (50)	1 (50)	0,830
	Sim, 2-4 vezes por semana	6 (50)	6 (50)	
	Sim, 5-7 vezes por semana	5 (71,4)	2 (28,6)	
	Não	11 (57,9)	8 (42,1)	
Tabagismo	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	0,379
	Não	22 (59,5)	15 (40,5)	
Diabetes mellitus	Sim	0 (0)	10 (100)	< 0,001
	Não	23 (76,7)	7 (23,3)	
Histórico de doença cardiovascular	Sim	0 (0)	3 (100)	0,036
	Não	23 (62,2)	14 (37,8)	
Histórico familiar de doença cardiovascular	Sim	14 (60,9)	9 (39,1)	0,616
	Não	9 (52,9)	8 (47,1)	

n = frequência absoluta; % = frequência relativa; p = nível de significância.
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação à associação da estratificação do risco cardiovascular entre as variáveis relacionadas ao gênero masculino, constatou-se uma proporção estatisticamente significativa

quanto a idade entre 60 e 75 anos ($p = 0,025$) e os portadores de DM ($p = 0,038$), sendo estes, com maior risco para o desenvolvimento de agravos cardiovasculares (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre os fatores sociodemográficos e comportamentais e a estratificação de risco cardiovascular conforme o gênero masculino

Variáveis		Menor risco	Maior risco	Qui-quadrado
		n (%)	n (%)	p
Idade	40-59 anos	8 (80)	2 (20)	0,025
	60-75 anos	3 (30)	7 (70)	
IMC	Baixo peso	0 (0)	0 (0)	0,211
	Peso normal	2 (50)	2 (50)	
	Excesso de peso	5 (83,3)	1 (16,7)	
	Obesidade grau 1	1 (20)	4 (80)	
	Obesidade grau 2	3 (60)	2 (40)	
Valor da PAS	< 120 mmHg	0 (0)	0 (0)	0,210
	120-129 mmHg	1 (100)	0 (0)	
	130-139 mmHg	6 (75)	2 (25)	
	140-159 mmHg	4 (50)	4 (50)	
	160-179 mmHg	0 (0)	2 (100)	
	≥ 180 mmHg	0 (0)	1 (100)	
Valor do colesterol total (n = 13)	Ideal (< 200mg/dL)	1 (100)	0 (0)	0,157
	Superior/Limítrofe (200-239 mg/dL)	0 (0)	0 (0)	
	Indesejável/Alto (≥ 240 mg/dL)	0 (0)	1 (100)	
Cuidados alimentares	Sim, já fiz/faço acompanhamento com nutricionista	2 (100)	0 (0)	0,337
	Sim, já recebi orientação de um profissional de saúde	1 (100)	0 (0)	

	Às vezes, conforme meus conhecimentos/intuitivamente	4 (57,1)	3 (42,9)	
	Não	4 (40)	6 (60)	
Atividade física	Sim, 1 vez por semana	1 (50)	1 (50)	0,766
	Sim, 2-4 vezes por semana	1 (100)	0 (0)	
	Sim, 5-7 vezes por semana	2 (66,7)	1 (33,3)	
	Não	7 (50)	7 (50)	
Tabagismo	Sim	2 (50)	2 (50)	0,822
	Não	9 (56,3)	7 (43,8)	
Diabetes mellitus	Sim	0 (0)	3 (100)	0,038
	Não	11 (64,7)	6 (35,3)	
Histórico de doença cardiovascular	Sim	0 (0)	1 (100)	0,257
	Não	11 (57,9)	8 (42,1)	
Histórico familiar de doença cardiovascular	Sim	8 (66,7)	4 (33,3)	0,199
	Não	3 (37,5)	5 (62,5)	

n = frequência absoluta; % = frequência relativa; p = nível de significância.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Na Tabela 5 encontram-se as informações que dizem respeito aos atendimentos em saúde realizados na UBS de referência aos pacientes com condição de HAS, onde verificou-se que 73,3% dos entrevistados buscaram por atendimento na UBS nos últimos seis meses, sendo que 97,7% foram atendidos por médicos e 2,3% por enfermeiros. Além disso, 50% dos participantes relataram que realizam as consultas na UBS uma vez ao ano, e de maneira semelhante, 68,3% dos referem que também realizam seus os exames de rotina uma vez ao ano.

Além disso, quando questionados, 65% dos pacientes relatam que durante as consultas recebem orientações acerca dos hábitos alimentares saudáveis, do controle de peso e da prática regular de atividade física, bem como, 50% dos entrevistados confirmam que o

profissional de saúde aborda sobre os possíveis riscos/danos que a HAS pode provocar no organismo, enquanto a outra metade da amostra informou não receber essas informações.

Os participantes também foram questionados, se durante as consultas, receberam orientações para o agendamento de consultas de retorno e sobre o período de tempo recomendado para a próxima consulta. Entre os entrevistados, 66,7% relataram não receber nenhuma orientação para agendamento de consulta de retorno. Dos 33,3% dos participantes que afirmaram receber a orientação para agendamento de consulta de retorno, em sua maioria (40%) foi recomendado o retorno em 6 meses.

Para finalizar, os pacientes foram questionados sobre a participação em grupos específicos para hipertensos, porém 100% dos entrevistados afirmaram que não participam de nenhum grupo com essa finalidade.

Tabela 5- Atendimento em saúde dos pacientes hipertensos na APS

Variáveis		Total (n = 60)	
		n	%
Buscou por atendimento na UBS nos últimos 6 meses	Sim	44	73,3
	Não	16	26,7
Profissional que prestou atendimento (n = 44)	Médico	43	97,7
	Enfermeiro	1	2,2
Frequência de consulta	Uma vez ao ano	30	50
	Duas vezes ao ano	18	30
	Três vezes ao ano	3	5
	Quatro vezes ao ano ou mais	9	15
Frequência de realização de exames de rotina	Uma vez ao ano	41	68,3
	Duas vezes ao ano	15	25
	Três vezes ao ano	3	5
	Quatro vezes ao ano ou mais	1	1,7
Orientações de cuidados em saúde	Sim	39	65

	Não	21	35
Orientações de riscos e malefícios causados pela hipertensão	Sim	30	50
	Não	30	50
Orientação de retorno	Sim	20	33,3
	Não	40	66,7
Tempo de retorno orientado (n = 20)	Retorno em 1 mês	2	10
	Retorno em 2 meses	4	20
	Retorno em 3 meses	4	20
	Retorno em 4 meses	1	5
	Retorno em 6 meses	8	40
	Encaminhamento para especialista	1	5
Participação em grupo de hipertensos	Sim	0	0
	Não	60	100

n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo os resultados serão aprofundados e discutidos com base nas evidências científicas e à luz dos conceitos essenciais da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. A discussão é organizada em categorias definidas com base nos objetivos específicos da pesquisa, incluindo: a) perfil sociodemográfico; b) fatores de risco associados às DCV; c) estratificação do risco cardiovascular dos pacientes com diagnóstico de HAS, utilizando a calculadora de Hearts; e d) ocorrência de atendimentos aos pacientes com HAS na APS.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A prevalência de HAS identificada neste estudo, foi maior no gênero feminino, com um predomínio de mulheres hipertensas, correspondendo a 66,7% da amostra total composta por indivíduos de ambos os gêneros.

Ao considerar as faixas etárias inferiores a seis década de vida, comumente os níveis pressóricos são mais elevados em homens, porém com o passar da idade, ultrapassando os 60 anos, o aumento da PA e o desenvolvimento de HAS se tornam mais prevalentes em mulheres, alcançando uma frequência de 68% na faixa etária acima de 65 anos de idade, enquanto em homens na mesma idade, a frequência é de 61,5%. Porém, em ambos os sexos, essa frequência tende a aumentar com o passar dos anos (Barroso *et al.*, 2021).

Nas mulheres, o aumento dos níveis pressóricos ao longo dos anos está associado com o término do ciclo reprodutivo, marcado pela última menstruação e caracterizado pelo início da menopausa, período em que ocorre uma diminuição nos níveis de estrogênio, hormônio que promove ação sobre o sistema nervoso central, sistema cardiovascular, sistema renina-angiotensina-aldosterona e equilíbrio hidroeletrólítico, culminando em variações no valor da PA (Assis *et al.*, 2020).

O estrogênio exerce uma ação vasoprotetora, auxiliando na regulação do tônus vascular a partir da sua ligação com receptores nas células endoteliais e no músculo liso vascular, estimulando a liberação de substâncias vasodilatadoras. Contudo, a diminuição desse hormônio é capaz de alterar os mecanismos regulatórios do organismo, contribuindo para ocorrência de um estado inflamatório, resultando em hipertensão, o que pode causar danos ao coração, aos vasos sanguíneos e aos rins. Além disso, a redução do estrogênio é capaz de elevar o risco de desenvolvimento de DCV, à medida que contribui para o aumento

dos níveis de LDL (lipoproteína de baixa densidade) e triglicerídeos e a diminuição dos níveis de HDL (lipoproteína de alta densidade) (Maciel *et al.*, 2021).

Para tanto, percebe-se que as mulheres são mais propensas a desenvolverem HAS devido a influência de diversos fatores, como as alterações fisiológicas e o declínio hormonal associados ao processo de envelhecimento e ao término do ciclo reprodutivo. Porém, este também é o público que mais procura por atendimentos em saúde, o que consequentemente contribui para o processo de descoberta diagnóstica, aumentando assim o índice de HAS nas mulheres. Apesar de apresentarem níveis pressóricos mais elevados do que os homens, as mulheres são capazes promover maior controle da PA quando comparadas ao sexo oposto, visto que elas possuem maior adesão às terapêuticas estabelecidas.

Também foi observado com este estudo, que a maioria dos participantes possuem idade acima de 60 anos. Para a OMS, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos são classificados como idosos em países em desenvolvimento, sendo que essa faixa etária se estende para 65 anos ou mais em países desenvolvidos, porém, no Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa, define como idosos as pessoas com 60 anos ou mais (Brasil, 2023).

O processo de envelhecimento exerce influência significativa sobre a população idosa, estando relacionado à hipertensão à medida em que também ocorre o envelhecimento vascular. Este processo resulta em uma maior rigidez e menor complacência vascular, em decorrência da disfunção endotelial e do espessamento das paredes arteriais devido ao afinamento das fibras de elastina e substituição por fibras de colágeno, que favorece a calcificação, com consequente enrijecimento dos vasos e aumento da resistência vascular, acarretando assim, no aumento da PA (Barroso *et al.*, 2021).

Além disso, o envelhecimento acarreta alterações fisiológicas progressivas, afetando o sistema cardiovascular e contribuindo para a alta prevalência de HAS entre os idosos. O aumento da expectativa de vida e o crescimento do número de idosos na população indicam a necessidade de compreender os mecanismos associados ao envelhecimento e o aumento dos níveis pressóricos. Esse entendimento oportuniza a criação de linhas de cuidados e planos terapêuticos que propiciem melhor qualidade de vida nessa faixa etária e a redução de doenças.

Ademais, identificou-se através deste estudo a baixa escolaridade dos hipertensos, onde mais da metade do público entrevistado (51,7%) relatou possuir o ensino fundamental incompleto. Este achado corrobora com o relatório emitido pela VIGITEL em 2023, onde ao analisar a população das 27 capitais brasileiras, identificou-se que a frequência de hipertensos diminui com o aumento do nível de escolaridade. De acordo com o relatório, 45,3% dos

hipertensos possuíam de 0 a 8 anos de escolaridade, 24,2% continham de 9 a 11 anos de escolaridade e 19% apresentavam 12 anos ou mais de escolaridade (Ministério da Saúde, 2023b).

Sendo assim, o grau de escolaridade é um fator condicionante que pode influenciar na ocorrência da HAS, limitando o acesso à informação e afetando o nível de conhecimento dos indivíduos sobre sua saúde, bem como na adesão da terapêutica estabelecida para o controle dos níveis pressóricos. Pessoas com baixa escolaridade tendem a apresentar maior dificuldade na compreensão dos fatores de risco associados à HAS.

As variáveis sociodemográficas destacadas, influenciam significativamente na predisposição e na ocorrência de HAS, e devem ser cuidadosamente consideradas ao traçar o perfil da população hipertensa e elencar as medidas terapêuticas personalizadas.

Conforme a Teoria do Alcance de Metas, os indivíduos são seres sociais, dotados de consciência, racionalidade e capacidade de percepção e reação, que apresentam necessidades de saúde que estão fundamentadas no acesso a informações de saúde, no atendimento preventivo para evitar doenças, e na assistência quando não conseguem cuidar de si mesmos. Nesse contexto, o papel do profissional de saúde é fundamental para estabelecer uma relação colaborativa com os pacientes, possibilitando a definição conjunta de objetivos específicos para atender às necessidades individuais de cada paciente (Braga; Silva, 2011).

Baseando-se nessa teoria de enfermagem, torna-se fundamental que o indivíduo participe ativamente de seu processo terapêutico, recebendo informações que o capacitam a identificar os fatores que influenciam seu estado de saúde e a reconhecer as estratégias preventivas adequadas, tornando-se capaz de colaborar na implementação de medidas necessárias para atingir os objetivos propostos.

5.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE AGRAVOS CARDIOVASCULARES

Nesta categoria, serão discutidos os fatores de risco identificados nos participantes desta pesquisa e que contribuem para a ocorrência de agravos cardiovasculares. Quanto aos condicionantes de idade, gênero e escolaridade, esses já foram abordados anteriormente ao discutir o perfil dos pacientes com HAS, visto que são semelhantes entre os fatores de risco cardiovasculares não modificáveis, sendo maiores entre mulheres, pessoas com idade avançada e com menor grau de escolaridade.

Desta forma, a discussão apresentada aqui terá foco nos fatores de risco associados aos determinantes modificáveis, como estilo de vida e hábitos comportamentais.

Para Gomes *et al.* (2021), os fatores de risco e outros condicionantes atrelados ao aumento das DCV na população estão diretamente relacionados ao envelhecimento e a outros determinantes clássicos de risco, como HAS, DM, perfil lipídico, composição corporal, sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, outros estressores e histórico familiar. Além disso, demais características associadas ao perfil sociodemográfico, étnico e cultural, e ao estilo de vida, atuam como fatores causais e determinantes de morbidade e mortalidade precoce, influenciando ainda na variação de agravos cardiovasculares, bem como na predisposição de ocorrência de DCV ao longo dos anos na sociedade.

A análise individual dos resultados deste estudo revelou, através do cálculo de IMC, que 31,7% dos participantes possuem excesso de peso, 23,3% possuem obesidade grau 1 e 25% possuem obesidade grau 2, de acordo com a classificação da calculadora de Hearts.

O excesso de peso é descrito como um fator diretamente associado à elevação da PA, onde tanto o sobrepeso quanto a obesidade se encontram correlacionados com a HAS. Esse aumento do peso corporal contribui para lesões cardiovasculares significativas ao afetar o metabolismo dos lipídios, promovendo alterações cardiometabólicas que aumentam o risco de fibrilação atrial, IC, AVE, resistência à insulina, entre outras patologias. Consequentemente, há um impacto negativo na saúde cardiovascular, promovendo uma maior taxa de mortalidade por diversas causas (Cunha, 2023).

Outro ponto importante é o perfil lipídico dos participantes. A análise dos níveis de colesterol identificou que 40% dos entrevistados apresentavam colesterol total superior/limítrofe (200-239 mg/dL) e 20% dos entrevistados apresentavam colesterol total indesejável/alto (≥ 240 mg/dL).

As dislipidemias resultam de alterações nos níveis de gordura na corrente sanguínea devido às disfunções no metabolismo lipídico. Esse desequilíbrio promove o acúmulo de lipoproteínas na parede das artérias, contribuindo para a aterogênese, e consequente formação de placas de aterosclerose. O depósito de lipídios no lúmen vascular provoca obstruções e o estreitamento das artérias, reduzindo o fluxo sanguíneo e causando um descompasso entre a perfusão e a necessidade de oxigênio dos órgãos e tecidos, além de lesões no endotélio vascular. Dessa forma, a hiperlipidemia aumenta o risco de DCV, destacando-se como fator crucial para o surgimento de doença coronariana e AVE (Oliveira *et al.*, 2021).

Considerando que tanto o perfil lipídico, quanto a composição corporal caracterizada pelo excesso de gordura, são fatores que contribuem para a ocorrência de DCV e estão

associados às doenças ateroscleróticas, observa-se que a população estudada apresenta alterações significativas, onde apenas 40% dos entrevistados possuem os níveis de colesterol total dentro dos parâmetros considerados ideais. Assim, torna-se fundamental otimizar ações em saúde para que sejam atingidos os valores desejáveis (abaixo de 200 mg/dL), visando reduzir a ocorrência de desfechos cardiovasculares no futuro. Essas melhorias podem ser alcançadas a partir de mudanças no estilo de vida da população.

Além das dislipidemias, 21,7% dos participantes referiram ser portadores de DM, uma doença metabólica caracterizada pela hiperglicemia persistente, que induz a lesões micro e macrovasculares, e a inflamação e disfunção endotelial. Essas alterações favorecem a formação de placas de aterosclerose, coágulos sanguíneos, isquemia miocárdica, AVE e comprometimento da circulação periférica. O sistema cardiovascular é diretamente afetado pelos altos níveis de glicose na corrente sanguínea e pela resistência à insulina, resultando em risco elevado para o desenvolvimento de DCV (Aguiar; Duarte; Carvalho, 2019).

Ademais, 58,3% dos participantes apresentavam histórico familiar de DCV, sendo o IAM o agravo cardiovascular mais citado. Assim, os aspectos hereditários e genéticos também predis põem a ocorrência de complicações cardiovasculares, uma vez que a herança genética é capaz de influenciar condições de risco que afetam o funcionamento cardiovascular, além de modular a gravidade e a progressão dessas condições. Embora a predisposição genética tenha uma contribuição significativa nas DCV, ela interage com fatores externos e ambientais, modulando o risco geral (Dias *et al.*, 2024).

Além disso, 6,7% dos participantes relataram já ter vivenciado algum tipo de DCV, com destaque para as doenças vasculares periféricas. A ocorrência prévia dessa condição aumenta a predisposição a novos eventos cardiovasculares, devido às lesões estruturais e a fragilidade vascular, reforçando a necessidade de um manejo rigoroso dos fatores de risco e da adoção de hábitos saudáveis, a fim de minimizar a probabilidade de futuras complicações no sistema cardiovascular.

A HAS é outro condicionante a ser considerado, já que se trata do principal fator de risco modificável para redução de DCV (Barroso *et al.*, 2021). No presente estudo, 33,3% dos entrevistados apresentaram PAS entre 140 e 159 mmHg, um valor elevado, considerando que todos os participantes fazem o uso de medicamentos anti-hipertensivos e que 45% possuem HAS há mais de 10 anos.

A HAS é a doença crônica mais prevalente no mundo, sendo vista como um grande problema de saúde pública, devido seu impacto no aumento do risco cardiovascular e nas complicações graves ocasionadas pela elevação dos níveis pressóricos, que afetam o sistema

cardíaco, vascular, e conseqüentemente demais órgãos. Em nível mundial, buscam-se estratégias para garantir a conscientização, o monitoramento, acompanhamento e tratamento contínuo dos hipertensos, visando a prevenção e o controle da PA (Bomfim *et al.*, 2021).

Quando questionados sobre os fatores de risco que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, os entrevistados demonstraram algum conhecimento, destacando principalmente “alterações psicossociais” e “má alimentação”, conforme mostra o Gráfico 5. No entanto, fatores como sedentarismo, estresse e genética, foram mencionados com menor frequência, o que indica uma possível lacuna no entendimento abrangente dos fatores de risco para hipertensão. Esses dados reforçam a necessidade de a equipe de saúde intensificar ações educativas que englobam todos os fatores de risco, promovendo uma conscientização mais abrangente e incentivando mudanças positivas no estilo de vida dos pacientes.

Quanto aos hábitos comportamentais da amostra, apenas 7% dos entrevistados são tabagistas. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, contribuindo para aproximadamente 25% dos casos de IAM e está associado a quase metade dos episódios de AVE. As substâncias químicas presentes no tabaco, não provocam apenas dependência, mas também o estreitamento arterial, a inflamação e a formação de placas de ateroma, aumentando significativamente o risco para o desenvolvimento de DCV. Esse impacto se torna ainda mais grave em indivíduos fumantes que possuem comorbidades prévias, o que potencializa o efeito deletério do cigarro nos vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2021c).

Entre os entrevistados, 55% relataram não praticar atividade física, enquanto outros 45% indicaram que praticam atividade física. Dentre aqueles que realizam atividade física, a maioria (21,7%) mantém uma frequência de 2 a 4 vezes por semana. Indicando uma prevalência do sedentarismo na população da amostra.

O sedentarismo é caracterizado pela ausência da prática de atividade física ou pela realização de atividades com duração inferior à recomendação mínima feita pela OMS. Os dados encontrados na literatura descrevem que mundialmente, cerca de um terço da população é classificada como sedentária (Bomfim *et al.*, 2021).

A OMS recomenda que adultos com idade entre 18 e 64 anos realizem semanalmente entre 150 e 300 minutos de atividade física moderada ou de 75 a 150 minutos de atividade intensa, indicando ainda a incorporação de atividade de fortalecimento muscular em pelo menos dois dias da semana. Para os idosos, pessoas com 65 anos ou mais, as recomendações permanecem semelhantes, incluindo a adição de atividades de fortalecimento muscular em

dois dias da semana, além de atividades relacionadas ao equilíbrio e o treino de força em outros três dias da semana (OMS, 2020).

Se opondo à inatividade, a prática de atividade física é conhecida como um fator cardioprotetor, exercendo forte influência sobre os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de DCV. A atividade física promove redução da gordura corporal, melhora dos parâmetros lipídicos, redução dos níveis glicêmicos, diminuição da resistência à insulina e contribuição para o controle dos níveis pressóricos, prevenindo, assim, as DCV e melhorando a qualidade de vida, além de proporcionar maior longevidade para os indivíduos (Bomfim *et al.*, 2021).

Apesar dos pacientes que praticam atividade física se encaixarem nos parâmetros semanais recomendados pela OMS, vale reforçar que 55% dos entrevistados não realizam nenhum tipo de atividade física e 28,4% realizam atividade inferior ao recomendado, sendo então, considerados sedentários. Esses dados destacam a necessidade de conscientizar essa população acerca dos benefícios da prática de atividade física, ressaltando que qualquer atividade física, mesmo que de baixa intensidade, torna-se benéfica e contribui para saúde cardiovascular.

Quanto aos hábitos relacionados ao estilo de vida, 41,7% dos participantes relataram cuidar da alimentação de forma esporádica, baseando-se nos seus próprios conhecimentos. O restante se divide entre aqueles que receberam orientações de um profissional de saúde, fazem ou fizeram acompanhamento com nutricionista, e os que não realizam cuidados alimentares. A alimentação inadequada exerce influência significativa em diversos aspectos do processo aterosclerótico, impactando significativamente os níveis de lipídios no sangue, a resistência à insulina, o metabolismo glicêmico, os níveis pressóricos, a atividade oxidativa e a inflamação vascular. Esses fatores, por sua vez, têm um impacto direto na prevalência de eventos cardiovasculares (Sousa *et al.*, 2018).

Uma alimentação com propriedades cardioprotetoras, conforme recomenda o Guia Alimentar para a População Brasileira, prioriza o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, leguminosas cereais, tubérculos, carnes, ovos, peixe, leite e iogurtes desnatados. Além disso, recomenda-se a redução máxima de alimentos ultraprocessados, que são ricos em gordura hidrogenada, açúcar, sódio, conservantes, corantes e aromatizantes. Este padrão alimentar pode ter um efeito positivo substancial na saúde cardiovascular, contribuindo para a proteção do organismo contra doenças relacionadas ao coração (Ministério da Saúde, 2018).

A partir da observação dos hábitos alimentares da amostra, constatou-se que aproximadamente 73,4% dos entrevistados não mantêm uma dieta adequada, incluindo o percentual de entrevistados que não possuem cuidados alimentares com aqueles que o fazem de maneira esporádica. Esse resultado reflete a falta de conhecimento sobre os grupos alimentares e os alimentos que devem ser evitados para promover a saúde cardiovascular. Além disso, evidencia-se uma carência de orientações eficazes por parte dos profissionais de saúde, as quais são essenciais para guiar os pacientes em suas decisões alimentares diárias, que impactam significativamente no estado de saúde.

Ao analisar os fatores de risco com o gênero dos participantes, observou-se que mulheres com IMC elevado caracterizado por excesso de peso ($p = 0,049$), DM ($p < 0,001$) e histórico prévio de DCV ($p = 0,036$) apresentam maior risco de desenvolver DCV, assim como homens diabéticos ($p = 0,038$) com mais de 60 anos ($p = 0,025$). Essas variáveis apresentam uma associação estatisticamente significativa com um risco cardiovascular elevado, porém, é importante considerar a interação e os efeitos dos outros fatores de risco, que mantêm uma relação direta com a saúde cardiovascular conforme descrito anteriormente.

A literatura aponta uma percepção limitada dos fatores de risco na prática clínica, muitas vezes decorrente da falta de clareza e abrangência conceitual sobre elementos que podem predispor o indivíduo a condições de risco cardiovascular. Esta compreensão precisa ir além dos fatores clássicos e integrar uma perspectiva mais abrangente, que considere as características individuais e o contexto coletivo em que as pessoas vivem (Félix *et al.*, 2022).

Imogene King, em sua teoria, ressalta a importância dos profissionais de saúde em reconhecerem as particularidades de cada indivíduo, considerando as influências do estilo de vida, as mudanças corporais e comportamentais. Esse reconhecimento permite que os profissionais auxiliem os pacientes na compreensão e enfrentamento dessas alterações (Braga; Silva, 2011).

Dado que o objetivo principal desta pesquisa é a estratificação do risco cardiovascular em pacientes hipertensos, as calculadoras utilizadas para esse fim baseiam-se na inserção de fatores de risco, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde na identificação de comportamentos que aumentam a suscetibilidade a eventos cardiovasculares.

Alguns fatores de risco, como idade, gênero e histórico familiar, são imutáveis. No entanto, outros fatores são modificáveis e frequentemente interconectados, onde uma condição pode desencadear ou agravar a outra. Isso destaca a importância de conscientizar a população sobre mudanças no estilo de vida, como a prática regular de atividades físicas, conforme as diretrizes da OMS, e a adoção de uma dieta equilibrada. Essas intervenções são

fundamentais para melhorar a composição corporal, reduzir níveis de colesterol, minimizar a resistência à insulina e controlar a PA, diminuindo assim o risco de DCV futuras.

5.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Ao estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos entrevistados utilizando da calculadora de Hearts, obteve-se um predomínio de indivíduos com risco moderado (43,3%) para o desenvolvimento de agravos cardiovasculares no futuro.

Esse processo de estratificação permite o reconhecimento e a identificação de situações de vulnerabilidade na população. A partir dessa avaliação é possível classificar os pacientes e determinar prioridades, estruturando o processo assistencial com o tipo adequado de intervenção e com a estimativa de tempo em que a oferta do cuidado deve ser realizada (Letrinta, 2019).

Na perspectiva da Teoria do Alcance de Metas, que enfatiza a interação dinâmica entre o indivíduo, o ambiente e outras pessoas, é possível inferir que os comportamentos em grupo são moldados pela interdependência e reciprocidade dessas interações. Isso sugere que os comportamentos observados não surgem isoladamente, mas são produtos de um processo contínuo em que o ambiente e as relações interpessoais influenciam significativamente as ações e respostas coletivas. Assim, a semelhança nos comportamentos de um grupo reflete a interação constante entre seus membros e o ambiente compartilhado, o que facilita a compreensão e a identificação de padrões comportamentais no contexto coletivo (Braga; Silva, 2011).

Esse processo permite ainda identificar e diferenciar as necessidades de saúde de populações e grupos, agrupando-as conforme similaridades. Com isso, são estabelecidas condutas que garantem o cuidado, possibilitando que os indivíduos sejam atendidos de acordo com o risco identificado, seja ele maior ou menor. A utilização de recursos tecnológicos e específicos para cada paciente possibilita que pessoas com condições crônicas de menor risco recebam uma assistência com enfoque no autocuidado apoiado, enquanto indivíduos de maior risco necessitam de uma participação profissional ampliada, com uma concentração de cuidados mais intensos pela equipe de saúde, contando com a associação dos serviços fornecidos tanto na APS quanto na atenção especializada (CONASS, 2013).

Sendo assim, a estratificação de risco se torna uma ferramenta de gestão do cuidado, que permite ao profissional de saúde conhecer o perfil da população atendida e guiar suas ações conforme a complexidade assistencial e o risco identificado. Esse processo orienta

estratégias de encaminhamento para atenção especializada e a utilização da RAS, garantindo que o paciente tenha acesso aos serviços de saúde necessários e receba uma assistência adequada diante de suas vulnerabilidades.

Ao estratificar o risco cardiovascular é possível identificar os fatores que predisõem a ocorrência de doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, permitindo caracterizar a intensidade e a gravidade deste risco. Isso se baseia na análise de condições biológicas ou adquiridas, inerentes ao indivíduo ou decorrente de seus hábitos comportamentais, que aumentam a propensão ao desenvolvimento de DCV ao longo do tempo, especialmente em populações mais vulneráveis (Félix *et al.*, 2022).

Para auxiliar os profissionais na estratificação de risco cardiovascular, foram desenvolvidas calculadoras baseadas em escores validados, capazes de estimar o risco de DCV dentro de um período de 10 anos, levando em conta variáveis como gênero e outras informações clínicas. Além disso, alguns desses instrumentos sugerem ainda métodos propedêuticos apropriados para cada nível de risco (Damázio *et al.*, 2024).

O risco cardiovascular deve ser estratificado por médicos ou enfermeiros, uma vez que é fundamental para definir cuidados, metas terapêuticas e a frequência de acompanhamento dos indivíduos. Essa estratificação deve incluir a análise de fatores clínicos e laboratoriais e ser realizado anualmente em pessoas acima de 40 anos, conforme detalhado na Nota Técnica Nº 68/2022-CGDCRO/DEPROS/SAPS/MS, que regulamenta o monitoramento da Portaria GM/MS nº 3.009/2021, responsável por criar um incentivo financeiro federal para apoiar a ESC na APS (Brasil, 2022a).

Embora os recursos como escores e calculadoras para estratificação do risco cardiovascular estejam amplamente acessíveis na APS, a sua adesão e utilização por profissionais de saúde possui um índice inferior ao esperado. Considerando a relevância do risco cardiovascular na avaliação clínica, essa informação deveria estar acessível de forma clara, facilitando o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção, controle de fatores de risco e manejo de condições já existentes. O uso desses recursos é essencial para promover um cuidado integral e baseado em evidências (Rodrigues; Bothrel; Turci, 2021).

Em pesquisas sobre a adesão dos profissionais e a implementação de calculadoras para a estratificação de risco cardiovascular na APS, observou-se limitações nas informações associadas a essa temática, o que pode estar relacionado com a falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais e ao caráter recente de algumas estratégias. Isso demonstra a necessidade de capacitação, treinamento e incentivo para a aplicação destas ferramentas, que são capazes de mensurar o risco cardiovascular e permitir a criação de uma linha de cuidados

eficientes, prevenindo a ocorrência de DCV no futuro e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Embora a calculadora de Hearts seja uma ferramenta recomendada pelo Ministério da Saúde, sua utilização é facilitada pela possibilidade de uso mesmo na ausência de critérios laboratoriais. Além disso, existem outros instrumentos que podem ser utilizados e adaptados à realidade local, ampliando as opções e facilitando a adesão dos profissionais ao uso dessas ferramentas de estratificação.

5.4 ATENDIMENTO EM SAÚDE FORNECIDO NA APS PARA PORTADORES DE HAS

Nesta categoria, analisou-se o atendimento em saúde oferecido aos pacientes hipertensos que procuram os serviços da UBS, com o objetivo de investigar a continuidade do cuidado, considerando as rotinas de consultas multiprofissionais, a realização de exames complementares e as orientações em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado em seus princípios, deve oferecer uma assistência integral, gratuita e intersetorial para a prevenção, diagnóstico e tratamento das DCV. A continuidade do cuidado na APS é um pilar fundamental na gestão da HAS, pois permite o acompanhamento regular do estado de saúde do paciente, a identificação precoce de complicações e a adaptação de intervenções conforme a evolução clínica (Brasil, 2022b).

Sendo assim, ao serem questionados acerca da frequência com que realizam consultas na UBS, 50% dos entrevistados informaram realizar consultas anuais. Porém, entre eles, 73,3% dos entrevistados relataram que haviam comparecido a uma consulta nos últimos seis meses, e destes, 97,7% foram atendidos por profissional médico.

De acordo com a Linha de Cuidado do Adulto com HAS de 2021, pacientes hipertensos com níveis pressóricos descontrolados devem realizar consultas mensais, intercaladas entre os profissionais médicos e os enfermeiros, até que se atinja o controle desejado da PA. Já para os pacientes com níveis pressóricos controlados, a frequência de consultas e o acompanhamento são determinados pelo risco cardiovascular, onde sugere-se:

- Pacientes com risco cardiovascular baixo: consulta médica anual, intercalada com consulta de enfermagem e participação no grupo de HAS;
- Pacientes com risco cardiovascular moderado: consulta médica semestral, intercalada com consulta de enfermagem e participação no grupo de HAS;

- Paciente com risco cardiovascular alto: consulta médica quadrimestral, intercalada com consulta de enfermagem e participação no grupo de HAS (Ministério da Saúde, 2021b).

Além disso, recomenda-se que pacientes com diagnóstico médico de HAS controlada e em uso de medicamentos anti-hipertensivos, façam a aferição da PA com um profissional de enfermagem ou médico, pelo menos a cada seis meses. No entanto, essa frequência pode ser ajustada com um intervalo menor ou maior, dependendo do risco cardiovascular, sendo que quanto maior for esse risco, mais frequente será a rotina de aferição da PA (Brasil, 2022c).

Correlacionando as recomendações do Ministério da Saúde com os dados encontrados, observa-se que os pacientes não possuem um acompanhamento efetivo na UBS, uma vez que 66,7% dos entrevistados referiram não receber nenhuma orientação de retorno, e dos outros 33,3% que receberam essa orientação, 40% receberam a orientação de retornar em seis meses. A falta de uniformidade nos intervalos de retorno varia de um mês a seis meses, demonstrando a dificuldade de seguir uma linha de cuidados embasada na real condição clínica do paciente.

Observou-se ainda um predomínio de atendimentos realizados por médicos, o que indica uma menor participação do profissional enfermeiro no acompanhamento de pacientes com HAS. No entanto, é fundamental destacar que a presença contínua e integrada do enfermeiro favorece a criação de um vínculo com o paciente, o que pode contribuir significativamente para a adesão ao tratamento.

Dado o caráter complexo da HAS, essa participação do enfermeiro se torna ainda mais crucial em um contexto de abordagem multidisciplinar, que deve envolver diferentes profissionais. A integração desses saberes é essencial para promover o envolvimento dos pacientes e de seus familiares na definição de metas de acompanhamento personalizadas, facilitando a implementação de práticas que assegurem uma gestão eficaz da condição (Brasil, 2014).

Além da frequência de atendimentos, questionou-se sobre a periodicidade de realização dos exames de rotina, onde 68,3% dos entrevistados informaram que realizam uma vez por ano. Esse dado vai de encontro com a recomendação mínima proposta pelo Ministério da Saúde para as pessoas com HAS, no que diz respeito ao intervalo de tempo de repetição dos exames complementares.

Entre os exames de apoio, encontram-se: dosagem sérica de colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, glicose, creatinina e potássio, urina tipo 1, fundoscopia e eletrocardiograma, devendo ser realizados minimamente uma vez ao ano. Exames adicionais

podem ser requisitados com base na manifestação clínica da hipertensão e na suspeita de comprometimento significativo do coração, como radiografia de tórax e ecocardiograma (Brasil, 2014).

Quanto às orientações recebidas pelos profissionais de saúde durante as consultas, 50% dos entrevistados afirmaram ser informados sobre os riscos e danos que a HAS pode causar ao organismo, enquanto a outra metade da amostra relatou não receber essas informações. Além disso, 65% dos participantes declararam receber orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso e a importância da prática regular de atividade física.

A educação em saúde deve transcender o caráter meramente informativo, incentivando os usuários a refletirem sobre os determinantes sociais que influenciam suas vidas. Essa abordagem ajuda a promover uma compreensão de saúde não apenas como um benefício, mas como um direito fundamental. Portanto, a educação em saúde se configura como uma estratégia essencial para fornecer conhecimento e informações aos portadores de HAS, desempenhando um papel crucial na melhoria das condições de saúde e estimulando a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis. Para que essa estratégia seja eficaz, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades de comunicação, ofereçam cuidado contínuo e integral, coordenem os tratamentos e sejam culturalmente competentes, com foco no envolvimento da família e da comunidade (Oliveira; Lago, 2021).

Conforme a Teoria de King, a interação entre o profissional de saúde e o cliente é descrita como um processo por meio do qual são trocadas informações sobre as percepções, com o objetivo de estabelecer metas conjuntas. Nesse contexto, a comunicação desempenha um papel fundamental na facilitação da interação dentro da comunidade, onde o profissional deve possuir conhecimento e habilidades comunicativas eficazes para promover mudanças e alcançar os objetivos traçados (Braga; Silva, 2011).

Por isso, destaca-se a necessidade de alcançar uma cobertura de 100% de atendimentos com orientações em saúde, pois através da comunicação clara e efetiva os profissionais de saúde podem prevenir agravos cardiovasculares, auxiliar os pacientes na mudança de hábitos, incentivar o controle efetivo da PA e conseqüentemente obter a redução do risco cardiovascular, bem como promover impacto significativo na qualidade da assistência fornecida na APS.

Por fim, os entrevistados foram questionados sobre a participação em grupos de educação em saúde e todos os entrevistados afirmaram que não participam de um grupo específico para hipertensos, o que demonstra a ausência de um grupo terapêutico na UBS em questão.

A criação de grupos terapêuticos é mais uma estratégia de educação em saúde que permite a construção coletiva de conhecimento através de uma abordagem interativa, onde problemas e soluções são discutidos em um ambiente acolhedor, dinâmico e seguro, tornando-se assim, uma ferramenta eficaz na promoção de saúde e na conscientização da população (Bezerra *et al.*, 2022).

A Teoria do Alcance de Metas descreve que os recursos utilizados para atender as necessidades de saúde da população, devem ser organizados em sistemas sociais estruturados, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, abordando de forma eficaz os desafios relacionados aos processos vitais (Braga; Silva, 2011).

O gerenciamento eficaz do cuidado ao paciente hipertenso na APS depende de uma linha de cuidado estruturada e da aplicação dos princípios de integralidade e continuidade, que orientem o paciente ao longo dos diferentes níveis da RAS. Essa abordagem possibilita uma assistência organizada e centrada nas necessidades individuais, diminuindo a demanda excessiva na atenção especializada e aprimorando a gestão dos recursos disponíveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que a população hipertensa investigada é predominantemente composta por mulheres (66,7%), com idade entre 60 e 75 anos (61,7%) e com baixo grau de escolaridade, perfil que é condizente com os dados globais.

Esse perfil sociodemográfico está intimamente relacionado à prevalência de HAS, que é influenciada pelo envelhecimento, alterações hormonais e desafios no acesso à informação e aos serviços de saúde. Identificar essas características permitiu compreender melhor os fatores que impactam a saúde cardiovascular dessa população, além de abrir caminho para a implementação de estratégias preventivas voltadas para a redução de risco de DCV.

A análise dos fatores de risco para DCV revelou que a maioria dos participantes apresentava fatores modificáveis, como excesso de peso, perfil lipídico e glicêmico, níveis pressóricos elevados, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada, as quais impactam diretamente na saúde cardiovascular. A identificação precoce desses fatores permite que se desenvolvam medidas preventivas e de promoção à saúde que visem reduzir complicações futuras, além de promover a conscientização dos pacientes sobre a importância de mudanças no estilo de vida.

Ao estratificar o risco cardiovascular usando a calculadora de Hearts, 43% dos sujeitos foram classificados com risco moderado para o desenvolvimento de DCV, esses dados permitem direcionar terapias e organizar o fluxo dos pacientes dentro da RAS, assegurando um atendimento que respeite a complexidade dos casos e possibilite melhores desfechos.

Entretanto, ao investigar os atendimentos em saúde fornecidos na APS, foram identificadas falhas significativas, como lacunas nas orientações sobre os riscos da hipertensão (reportados por 50% dos entrevistados) e na promoção de estilos de vida saudáveis (reportados por 35% dos entrevistados). Além disso, 66,7% dos entrevistados referiram não ter recebido nenhuma orientação de retorno, contrariamente às recomendações do Ministério da Saúde, que propõe o mínimo de uma consulta semestral com profissional médico ou enfermeiro. Esses achados reforçam a necessidade de uma linha de cuidado efetiva, que assegure o acompanhamento contínuo e integral desses pacientes.

Esse estudo apresenta relevância acadêmica ao aprimorar o conhecimento sobre HAS na APS, possibilitando a formulação de estratégias de intervenção mais eficazes e alinhadas ao contexto local. Além disso, a análise de fatores de risco com a calculadora de Hearts oferece subsídios para práticas baseadas em evidências, essenciais na criação de protocolos

preventivos e de controle da HAS, podendo ser replicados em outras comunidades com perfis semelhantes. Ao integrar conhecimentos de enfermagem, medicina, nutrição e educação física, este trabalho incentiva uma abordagem interdisciplinar, fortalecendo a formação acadêmica e profissional. Com isso, o estudo também contribui para preencher lacunas na literatura sobre o manejo de doenças crônicas na APS, destacando temas como continuidade do cuidado e falhas nas orientações de saúde. A pesquisa, além de seu valor teórico, demonstra potencial prático ao subsidiar a criação de políticas locais voltadas para o aprimoramento do atendimento aos hipertensos, aproximando a academia das necessidades reais da população.

Conclui-se, que este estudo permitiu identificar o perfil, os fatores de risco e a classificação dos riscos associados à população com HAS cadastrada na microárea em questão, fornecendo assim subsídios para o aprimoramento dos atendimentos, tanto de forma individual quanto de forma coletiva. Os resultados poderão servir de base para a qualificação das práticas assistenciais, visando a gestão de agravos e a redução das taxas de morbimortalidade associadas à HAS.

Espera-se que essa pesquisa possa também estimular os gestores e profissionais de saúde na adesão de ferramentas de estratificação de risco cardiovascular como forma de propiciar um cuidado integral e continuado, com base nos princípios do SUS e da APS. Com essas estratégias, busca-se reduzir a escassez de recursos e a superlotação dos serviços de maior complexidade, por meio de medidas preventivas que minimizem a ocorrência de agravos cardiovasculares.

Nesse aspecto, a Teoria do Alcance de Metas se torna altamente relevante na prática de atendimento ao paciente com HAS. A teoria orienta uma abordagem colaborativa, com foco na definição de metas viáveis em parceria com o paciente. O processo de definição conjunta de metas permite que o paciente compreenda melhor as implicações de suas escolhas e se sinta responsável e motivado para seguir o plano terapêutico, fortalecendo o vínculo com o profissional de saúde. Esse processo de participação ativa do paciente na definição de suas metas não só favorece a adesão ao tratamento, mas também contribui para melhores desfechos clínicos.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, C; DUARTE, R; CARVALHO, D. Nova abordagem para o tratamento da diabetes: da glicemia à doença cardiovascular. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 38, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255118300994>. Acesso em: 02 de novembro de 2024.

ANDRADE, A. G. M. *et al.* **Módulo Teórico 2: Território e Determinantes Sociais em Saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Curso de Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador - ASST aplicada aos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://sat.ufba.br/sites/sat.ufba.br/files/asst_modulo_2-territorio_e_determinantes_sociais_em_saude_-_dss.pdf. Acesso em: 22 de setembro de 2024.

ASSIS, I. R. *et al.* Os Efeitos do Climatério na Pressão Arterial Sistêmica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 30, 2020. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2699>. Acesso em: 17 de outubro de 2024.

BARROSO, W. K. S. *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 de abril de 2024.

BEZERRA, R. K. C. *et al.* Potencialidades e desafios de residentes multiprofissionais em saúde quanto à facilitação de um grupo de hipertensos e diabéticos no interior do Ceará. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 2, 2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3532/933>. Acesso em: 04 de novembro de 2024.

BOMBIG, M. T. N; FRANCISCO, Y. A; BIANCO, H. T. Acidente vascular cerebral e hipertensão: relação, metas e recorrência. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 28, n. 3, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/28-3/ponto-de-vista-acidente.pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2024.

BOMFIM, V. V. B. S. *et al.* Fração prevenível na associação entre a atividade física e doença cardiovascular: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4120/3718>. Acesso em: 01 de novembro de 2024.

BORGES, F. M. *et al.* Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/M5JfVQNB64gjys8R44DF35H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 de setembro de 2024.

BRAGA, C. G; SILVA, J. V. **Teorias de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

BRANDÃO, A. A; AMODEO, C; NOBRE, F. **Hipertensão**. 3.ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2022. 666 p. *E-book*. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555768107/>. Acesso em: 29 de abril de 2024.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 junho, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 de maio de 2024.

_____. 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, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistêmica_cab37.pdf. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 68/2022-CGDCRO/DEPROS/SAPS/MS. 2022a**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-68-2022>. Acesso em: 17 de outubro de 2024.

_____. **Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida**. Gov, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-causa-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida#:~:text=Os%20principais%20fatores%20de%20risco,chances%20de%20sofrer%20um%20infarto>. Acesso em: 03 de novembro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 18/2022-SAPS/MS. 2022c**. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/02/SEI_MS-0027977094-Nota-Tecnica-18.pdf. Acesso em: 03 de novembro de 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Nota Informativa nº 5/2023**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota_Informativa_N_5.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2024.

CAMPBELL, N. R. C. *et al*. Diretriz de 2021 da Organização Mundial da Saúde sobre tratamento farmacológico da hipertensão: implicações políticas para a região das Américas. **Lancet Reg Saúde Am.**, v. 9, maio, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9107389/#sec0001title>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

CONASS. **Organização dos macroprocessos básicos da Atenção Primária à Saúde**. Oficina III: Estratificação de riscos das condições crônicas e classificação de risco das famílias, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-EstratificacaoRisco-CondCr-e-ClassifRisco-Familias.pdf>. Acesso em: 21 de outubro de 2024.

CUNHA, C. L. P. **Hipertensão Induzida pela Obesidade**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 120, n. 7, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10421596/>. Acesso em: 31 de outubro de 2024.

DAMÁZIO, L. C. M. *et al.* **Preditores de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde**: Reflexões sobre a adoção de modelos não-laboratoriais. In *SciELO Preprints*, 2024. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/9190/version/9720>. Acesso em: 24 de outubro de 2024.

DIAS, R. I. R. *et al.* O papel da genética na predisposição a doenças cardiovasculares. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1740>. Acesso em: 02 de novembro de 2024.

EVANGELISTA, C. P. *et al.* Relação entre hipertensão arterial sistêmica e doença isquêmica do miocárdio. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 26, n. 2, 2019. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/26-2/06_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o%2026%20n2.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2024.

FEITOSA, A. D. M. *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório** – 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/7057/13245>. Acesso em: 29 de abril de 2024.

FÉLIX, N. D. C. *et al.* Análise do conceito de risco cardiovascular: contribuições para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, 2022. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/reben/a/cCj8vfZYLXdBwXS9SRmhDtH/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20risco%20cardiovascular%20%C3%A9%20definido,a%20doen%C3%A7as%20card%C3%ADacas\(6\)](https://www.scielo.br/j/reben/a/cCj8vfZYLXdBwXS9SRmhDtH/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20risco%20cardiovascular%20%C3%A9%20definido,a%20doen%C3%A7as%20card%C3%ADacas(6)). Acesso em: 20 de maio de 2024.

GOMES, C. S. *et al.* Fatores associados às doenças cardiovasculares na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gMDXYbgRpnN5QcsG5MC5DGr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 de outubro de 2024.

GOMES, H. L. **Plano de intervenção para cuidados e controle de Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde Sylvio Frederico Brauner** - Bairro Costas Barros - RJ. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, 2023. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/28075/1/Herton_Leite_Gomes.pdf. Acesso em: 22 de setembro de 2024.

LETRINTA, P. R. **Acolhimento e Estratificação de Risco na Atenção Básica** - Uma Proposta de Intervenção. Acervo Digital da UFPR, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/70894/R%20-%20E%20-%20PATRICIA%20RIBEIRO%20LETRINTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 de outubro de 2024.

LOZADA, G; NUNES, K. S. **Metodologia científica**. Porto Alegre: SAGAH, 2018. 238 p. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

MACIEL, E. L. S. R. *et al.* Efeito do estrogênio no risco cardiovascular: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 1, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/8527/5177>. Acesso em: 17 de outubro de 2024.

MAGALHÃES, L. B. N. C; AMORIM, A. M; REZENDE, E. P. Conceitos e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 25, n. 1, 2018. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1/02_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_25_n1.pdf. Acesso em: 29 de abril de 2024.

MARTINS, E. M. **Mudança no estilo de vida do paciente hipertenso e diabético em uma unidade básica de saúde do município de Pinheiro Machado-RS**. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, 2023. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/28249/1/%C3%83%20rica_Machado_Martins.pdf. Acesso em: 22 de setembro de 2024.

MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*. 590 p. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712887/>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

MENDES, R. D. R. *et al.* Estratificação do risco cardiovascular entre hipertensos: Influência de fatores de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vzrNYZf4Cscs7MCqb9dDSxd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 130 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab37.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2024.

_____. Alimentação cardioprotetora. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf. Acesso em: 03 de novembro de 2024.

_____. **Portaria GM/MS Nº 3.008**, de 4 de novembro de 2021a. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3008_05_11_2021.html. Acesso em: 30 de abril de 2024.

_____. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 87 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2024.

_____. **A relação entre o tabagismo e as doenças cardiovasculares**. Gov, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-para-de->

[fumar/noticias/2021/a-relacao-entre-o-tabagismo-e-as-doencas-cardiovasculares](#). Acesso em: 03 de novembro de 2024.

_____. **Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde:** instrutivo para profissionais e gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_ecvok.pdf. Acesso em: 30 de abril de 2024.

_____. **Taxa de mortalidade por hipertensão arterial atinge maior valor dos últimos dez anos.** Gov, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/taxa-de-mortalidade-por-hipertensao-arterial-atinge-maior-valor-dos-ultimos-dez-anos#:~:text=A%20taxa%20de%20mortalidade%20por,100%20mil%20habitantes%20em%202021>. Acesso em: 28 de abril de 2024.

_____. **Vitigel Brasil 2023:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. 133 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vitigel/vitigel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso em: 28 de abril de 2024.

_____. **Saiba mais sobre a APS.** Gov, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps#:~:text=Trata%2Dse%20da%20principal%20porta,da%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20e%20da%20equidade>. Acesso em: 22 de setembro de 2024.

MOREIRA, T. M. M; ARAÚJO, T. L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QhPxFVwtvQCjHLkBgw8nvnB/>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

OLIVEIRA, L. S. et al. Dislipidemia como fator de risco para aterosclerose e infarto agudo do miocárdio. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39180/pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2024.

OLIVEIRA, M. R; LAGO, V. M. A atuação do enfermeiro e da equipe multidisciplinar no controle da hipertensão arterial sistêmica através da educação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13 n. 4, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7042>. Acesso em: 03 de novembro de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos, **WHO**, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2024.

_____. **Relatório global sobre hipertensão: A corrida contra um assassino silencioso.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023. 291 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>. Acesso em: 17 de maio de 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Calculadora de risco cardiovascular.** OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

_____. **Diretriz para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em adultos.** Brasília-DF: OPAS, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726266>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

_____. **Doenças cardiovasculares.** OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 20 de maio de 2024.

PEDROSO, J. S; SILVA, K. S; SANTOS, L. P. Pesquisa descritiva e pesquisa prescritiva. **IX Jicex**, v. 9, n. 9, 2018. Disponível em: <https://unisantacruz.edu.br/revistas-old/index.php/JICEX/article/view/2604#:~:text=A%20pesquisa%20descritiva%20tem%20como,os%20fen%C3%B4menos%20sem%20se%20aprofundar>. Acesso em: 04 de novembro de 2024.

PEREIRA, A. W. S. *et al.* Hipertensão Arterial e Insuficiência Cardíaca: Análise Crítica dos Novos Fármacos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 28, n. 1, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/28-1/artigo-revisao-hipertensao.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2024.

PEZZI JUNIOR, S. A. *et al.* Combate à Hipertensão Arterial: Importância da Prevenção e do Cuidado. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359530449_Combate_a_Hipertensao_Arterial_Importancia_da_Prevencao_e_do_Cuidado. Acesso em: 18 de setembro de 2024.

POTTER, P. A. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018. 1360 p. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151734/>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

PÓVOA, F. F. Hipertensão como Fator de Risco Cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 25, n. 1, 2018. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1/04_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o%20n1.pdf. Acesso em: 25 de setembro de 2024.

PRESTON, R. R.; WILSON, T. E. **Fisiologia ilustrada.** Porto Alegre: Grupo A, 2014. *E-book*. ISBN 9788582710937. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582710937/>. Acesso em: 21 agosto de 2024.

RODRIGUES, C. F; BOTHREL, G. B; TURCI, M. A. Análise comparativa das diferentes ferramentas de estratificação de risco cardiovascular: revisão narrativa. **Revista Eletrônica**

Acervo Saúde, v. 13, n. 9, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8733/5376>. Acesso em: 27 de outubro de 2024.

SANTOS, V. P. *et al.* Arteriosclerose, aterosclerose, arteriolosclerose e esclerose calcificante da média de Monckeberg: qual a diferença?. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 20, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Fw3v7WMNjm5mDJdWRd6rJLH/?format=pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Protocolo e diretrizes de atendimento, 2021. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-h-01202104.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2024.

SOUSA, R. C. S. *et al.* Evidências Científicas da Alimentação na Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares: Revisão Integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3007/2572>. Acesso em: 03 de novembro de 2024.

TANAKA, O. Y. *et al.* Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n3/963-972/pt/>. Acesso em: 26 de maio de 2024.

TELESSAÚDE BA. **Prevenção e Combate a Hipertensão na Atenção Primária à Saúde**. Boletim Telessaúde BA, n. 4, 2020. Disponível em: https://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/04/20200908_Boletim-Telessaude-setembro-2020.pdf. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES HIPERTENSOS NA APS: uma ferramenta para a prevenção de agravos cardiovasculares

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado

_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em
_____/_____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES HIPERTENSOS NA APS: uma ferramenta para a prevenção de agravos cardiovasculares**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde de um município do Alto Vale do Itajaí, através da

identificação do perfil sociodemográfico dos pacientes com diagnóstico de HAS atendidos e cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade de Saúde; conhecimento dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de agravos cardiovasculares nos pacientes com diagnóstico de HAS; estratificação do risco cardiovascular dos pacientes com diagnóstico de HAS utilizando a calculadora de Hearts; e investigação da ocorrência de atendimentos em saúde na APS para pacientes com HAS.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a identificação do perfil dos pacientes hipertensos desta microárea com maior risco cardiovascular e probabilidade de desenvolvimento de agravos.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ser hipertenso, de ambos os sexos, com idade entre 40 e 75 anos, que façam o uso de medicamentos anti-hipertensivos, serem cadastrados no território de abrangência da microárea escolhida há pelo menos 6 meses, e estarem no domicílio no momento da visita.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário pré-estruturado, em formato eletrônico pela Plataforma Google Forms, contendo 14 perguntas fechadas, 4 perguntas abertas e 7 perguntas mistas, que englobam aspectos de identificação, histórico de saúde, hábitos de vida, conhecimento do paciente acerca do quadro hipertensivo e o atendimento de saúde recebido pelo entrevistado na APS, e dentre as quais constam as perguntas referentes a calculadora de Hearts desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde. A duração aproximada para responder a pesquisa é de 15 minutos, e será realizada na própria residência do entrevistado, por meio de visita domiciliar, pré-agendada e na companhia do(a) agente comunitário de saúde (ACS) responsável pela microárea.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3, e assim sucessivamente, conforme a sequência de coleta de dados, e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum

desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis, ou pode ocorrer constrangimento, angústia, estresse e ansiedade relacionados à temática.

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a identificação do perfil da população com diagnóstico de HAS com maior propensão para a ocorrência de agravos cardiovasculares, o que também contribui para a qualificação do serviço de saúde, tanto no atendimento individual destes pacientes, quanto na programação de ações e intervenções capazes de minimizar os danos à saúde do paciente com HAS. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a qualificação do atendimento fornecido na APS aos usuários portadores dessa condição, visando a prevenção e a minimização de impactos à saúde, e conseqüentemente, a redução nas taxas de morbidade e mortalidade associada à HAS neste território.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. As pesquisadoras Bruna Correa Vaz e Isadora Armelini de Freitas se comprometem a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina; caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido(a) emocionalmente para o término da entrevista.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Bruna Correa Vaz, responsável pela pesquisa, no telefone (49) 99930-8830, ou no endereço Rua Firmino Ribeiro da Silva, 364 – Bairro: Santa Rita, Lages - SC, 88.503-130; ou a pesquisadora assistente, Isadora Armelini de Freitas, no telefone (47) 99628-7740 ou (47) 3562-2135, ou no endereço Rua Padre José Moacir Moser, 100 – Bairro: Seminário, Taió - SC, 89.190-000.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Bruna Correa Vaz, email: prof.bruna.vaz@unidavi.edu.br; (49) 99930-8830 e Isadora Armelini de Freitas, e-mail: isadora.freitas@unidavi.edu.br; (47) 99628-7740.

10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa consultando o site da própria instituição (UNIDAVI) na aba “Repositórios de TCS” ou acessando diretamente pelo link: <https://www.unidavi.edu.br/bibliotecatrabalhos/consultartrabalho>, ou ainda, poderei solicitar com a pesquisadora o encaminhamento do estudo via e-mail.
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

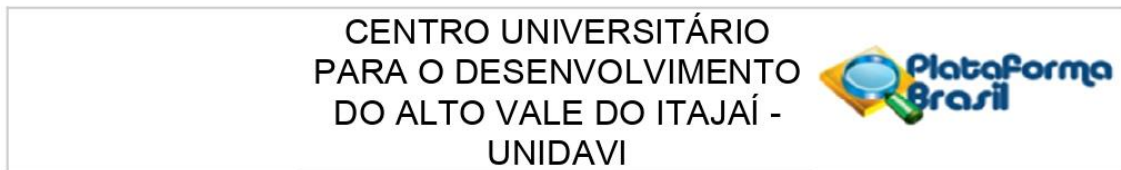
DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2024.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Bruna Correa Vaz – Mestre em Ambiente e Saúde – Enfermeira COREN/SC 277.579. Endereço para contato: Rua Firmino Ribeiro da Silva, 364, Santa Rita, Lages - SC, 88.503-130. Telefone para contato: (49) 99930-8830; E-mail: prof.bruna.vaz@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 – Centro – 89.160-000 – Rio do Sul – PROPPEX – Telefone para contato: (47) 3531- 6026. etica@unidavi.edu.br.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES HIPERTENSOS NA APS: Uma Ferramenta para a Prevenção de Agravos Cardiovasculares

Pesquisador: BRUNA CORREA VAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80616824.6.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.902.469

Apresentação do Projeto:

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um grande problema de saúde pública, capaz de provocar sérias complicações sistêmicas, sendo o principal fator de risco para eventos cardiovasculares e mortes em geral. O presente projeto objetiva analisar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde do município de Taió/SC. Diante da incidência de doenças cardiovasculares e da alta taxa de mortalidade associada, faz-se necessário o conhecimento de fatores modificáveis e o acompanhamento de pacientes vulneráveis, através da aplicação da estratificação de risco cardiovascular em pacientes com diagnóstico de HAS na APS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva de natureza exploratória, onde o público-alvo deste estudo consiste

em pacientes com diagnóstico de HAS na faixa etária entre 40 e 75 anos, cadastrados em uma determinada microárea de abrangência da UBS. A coleta de dados será realizada com a aplicação de um questionário eletrônico, elaborado através da Plataforma Google Forms, contendo 14 perguntas fechadas, 4 perguntas abertas e 7 perguntas mistas, que englobam aspectos referentes à temática. Os dados serão registrados e tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel, para posterior análise estatística e descritiva dos resultados encontrados, os quais serão divulgados no acervo próprio da

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.902.469

instituição (UNIDAVI), o Repositório de TCs. Com a pesquisa espera-se obter um panorama que possibilite a identificação do perfil dos pacientes hipertensos com maior risco cardiovascular e probabilidade de desenvolvimento de agravos, destacando a importância do atendimento fornecido na APS aos usuários portadores dessa condição, para a redução nas taxas de morbidade e mortalidade associada à HAS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar o risco cardiovascular de pacientes com diagnóstico de HAS cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade Básica de Saúde do município de Taió/SC.

Objetivo Específico:

* Identificar o perfil dos pacientes com diagnóstico de HAS atendidos e cadastrados em uma microárea de abrangência de uma determinada Unidade de Saúde; Conhecer os fatores de risco associados ao desenvolvimento de agravos cardiovasculares nos pacientes com diagnóstico de HAS;

*Estratificar o risco cardiovascular dos pacientes com diagnóstico de HAS utilizando a calculadora de Hearts; Investigar a ocorrência de atendimentos em saúde na APS para pacientes com HAS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entende-se que a pesquisa pode fornecer aos participantes riscos mínimos, caracterizados por: constrangimento, angústia, estresse e ansiedade relacionados à temática. Desta forma, frente aos possíveis riscos as pesquisadoras se comprometem em solicitar auxílio psicológico gratuito aos indivíduos, acionando o atendimento do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) (Anexo C), Clínica-Escola da UNIDAVI, localizada no município de Rio do Sul, em Santa Catarina.

Benefícios:

Identificação do perfil da população com diagnóstico de HAS com maior propensão para a ocorrência de agravos cardiovasculares, o que também contribui para a qualificação do serviço

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.902.469

de saúde, tanto no atendimento individual destes pacientes, quanto na programação de ações e intervenções capazes de minimizar os danos à saúde do paciente com HAS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Quanto a pertinência e valor científico do estudo proposto, apresenta relevância acadêmica e científica. O estudo busca possibilitar a identificação do perfil de pacientes hipertensos possibilitando a minimização de agravos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Pesquisada aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Sugere-se revisão ortográfica e metodológica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

CNS no 510 de 2016 e Norma Operacional no 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta dedados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

CNS no 510 de 2016 e Norma Operacional no 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta dedados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2354230.pdf	03/06/2024 20:21:34		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_de_Pesquisa_Word.docx	03/06/2024 20:16:27	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Anuencia.pdf	03/06/2024 20:02:33	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.902.469

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Final.pdf	03/06/2024 17:40:18	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Outros	Questionario.pdf	03/06/2024 17:39:13	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Outros	Termo_Utilizacao_Dados.pdf	03/06/2024 17:15:12	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_da_Equipe_d e_Pesquisa.pdf	03/06/2024 17:14:16	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/06/2024 17:00:28	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/05/2024 12:35:26	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/05/2024 11:52:50	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
Outros	Psicologia.pdf	31/05/2024 11:43:58	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/05/2024 11:39:14	ISADORA ARMELINI DE FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 21 de Junho de 2024

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

01- Qual a sua identidade de gênero?

- a) Feminino
- b) Masculino

02- Qual a sua idade (anos)?

Resposta: _____

03- Qual o seu peso (kg)?

Resposta: _____

04- Qual a sua altura (cm)?

Resposta: _____

05- Qual o seu nível de escolaridade?

- a) Ensino fundamental incompleto
- b) Ensino fundamental completo
- c) Ensino médio incompleto
- d) Ensino médio completo
- e) Ensino superior incompleto
- f) Ensino superior completo

06- Você pratica atividade física?

- a) Sim, 1 vez por semana
- b) Sim, 2-4 vezes por semana

- c) Sim, 5-7 vezes por semana
- d) Não

07- Você possui algum cuidado com a alimentação?

- a) Sim, já fiz/faço acompanhamento com nutricionista
- b) Sim, já recebi orientação de um profissional de saúde
- c) Às vezes, conforme meus conhecimentos/intuitivamente
- d) Outros
- e) Não

08- Você é tabagista?

- a) Sim
- b) Não

09- Você possui diabetes mellitus?

- a) Sim
- b) Não

10- Você conhece seu nível de colesterol total?

- a) Sim
- b) Não

Caso a resposta for sim, descreva o valor (mg/dL): _____

11- Você possui doença renal crônica?

- a) Sim
- b) Não

12- Há quanto tempo você possui diagnóstico de hipertensão?

- a) Há menos de 1 ano
- b) 1-5 anos
- c) 6-10 anos
- d) Há mais de 10 anos

13- Valor da pressão arterial sistólica (mmHg)?

Resposta: _____

14- Você faz uso de medicamentos para o controle da pressão arterial?

- a) Sim
- b) Não

Se sim, quais? _____

15- Caso a resposta anterior seja sim, você conhece a forma correta de utilizar esses medicamentos?

- a) Sim
- b) Não

16- Você conhece os fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial?

- a) Sim
- b) Não

Se sim, descreva-os: _____

17- Você tem histórico de doenças cardiovasculares (doença coronariana, doença cerebrovascular ou doença vascular periférica)?

- a) Sim
- b) Não

18- Possui histórico de doenças cardiovasculares na família?

- a) Sim
- b) Não

Caso a resposta for sim, assinale abaixo quais as doenças cardiovasculares:

- Infarto agudo do miocárdio
- Insuficiência cardíaca
- Outras _____
- Acidente vascular encefálico
- Doença renal crônica

19- Você procurou a UBS nos últimos 6 meses?

- a) Sim
- b) Não

Se sim, por qual profissional foi entendido? _____

20- Com qual frequência você realiza consultas na UBS?

- a) Uma vez ao ano
- b) Duas vezes ao ano
- c) Três vezes ao ano
- d) Quatro vezes ao ano ou mais

21- Com qual frequência você realiza exames de rotina?

- a) Uma vez ao ano
- b) Duas vezes ao ano
- c) Três vezes ao ano
- d) Quatro vezes ao ano ou mais

22- Durante as consultas são realizadas orientações acerca de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso e prática regular de atividade física?

- a) Sim
- b) Não
- c) Às vezes

23- Durante as consultas, o profissional de saúde aborda sobre os possíveis riscos/danos que a hipertensão pode provocar no organismo?

- a) Sim
- b) Não

24- Após a consulta, existe alguma orientação quanto ao retorno para acompanhamento do quadro de saúde?

- a) Sim
- b) Não

Se sim, qual orientação é realizada? _____

25- Você participa de algum grupo específico para hipertensos?

- a) Sim
- b) Não

OBS: As perguntas de número 01, 02, 03, 04, 08, 09, 10, 11, 13 e 17 correspondem às perguntas presentes na calculadora de Hearts, utilizadas para a estratificação de risco cardiovascular.

OPAS. Calculadora de risco cardiovascular. OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.