

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

PAULO HENRIQUE COLUSSI

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO DESCONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS**

PASSO FUNDO, RS

2025

PAULO HENRIQUE COLUSSI

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO DESCONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo - RS, como requisito parcial para obtenção do título de Médico.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Inês Kunz

Coorientadora: Prof^a Esp. Roselei Graebin

PASSO FUNDO, RS

2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Colussi, Paulo Henrique
PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO DESCONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS / Paulo
Henrique Colussi. -- 2025.
59 f.

Orientadora: Doutora Regina Inês Kunz
Co-orientadora: Especialista Roselei Graebin
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2025.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Atenção Básica.
I. Kunz, Regina Inês, orient. II. Graebin, Roselei,
co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PAULO HENRIQUE COLUSSI

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO DESCONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo - RS, como requisito parcial para obtenção do título de Médico.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca examinadora em:
26/11/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Inês Kunz
Orientadora

Prof Esp. Juan Tiago Nunes Pagnussat
Avaliador

Prof^a Ms. Natália Pedó Dengo
Avaliador

AGRADECIMENTOS

À minha família, que nunca mediu esforços para me apoiar no sonho de me tornar médico, especialmente minha mãe - quem, desde cedo, ensinou-me o valor transformador da educação.

À minha orientadora, que aceitou a desafiadora tarefa de me introduzir ao mundo da pesquisa e me auxiliou em cada passo desse processo.

Às amigadas que a graduação me presenteou, cuja presença foi fundamental não apenas no aspecto técnico deste trabalho, mas, sobretudo, como suporte emocional ao longo de toda a jornada.

APRESENTAÇÃO

Este estudo é um Trabalho de Curso (TC), requisito parcial para receber o título de Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo - RS, produzido pelo acadêmico Paulo Henrique Colussi, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Regina Inês Kunz e sob coorientação da Prof^a Esp. Roselei Graebin. É constituído pelo projeto de pesquisa, pelo relatório de pesquisa e pelo artigo científico, e está em conformidade com o Regulamento do TC e com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS. Foi desenvolvido no curso de Medicina da UFFS durante três semestres. A primeira parte, composta pelo projeto de pesquisa, foi finalizada no segundo semestre de 2024, no Componente Curricular (CCr) de Trabalho de Curso I. A segunda parte, por sua vez, compreende o relatório de pesquisa, e foi desenvolvida no primeiro semestre de 2025, durante o CCr de Trabalho de Curso II. Por último, durante o CCr de Trabalho de Curso III, realizado no segundo semestre de 2025, foi produzido o artigo científico, elaborado a partir da análise dos dados e da redação e revisão dos resultados obtidos.. Assim, trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico, desenvolvido na cidade de Marau, no Rio Grande do Sul.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) continua sendo uma das doenças mais prevalentes no mundo. Apesar de haver tratamento comprovado, muitos pacientes portadores dessa enfermidade ainda permanecem com seus níveis pressóricos descontrolados devido a múltiplos fatores. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência do descontrole da pressão arterial e os fatores relacionados em pacientes hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico, desenvolvido na cidade de Marau, RS. A amostra foi caracterizada com base em aspectos sociodemográficos, de saúde e comportamentais, analisando-se a distribuição da prevalência de pressão arterial (PA) descontrolada em relação a esses fatores. Na amostra (n=1.245), observou-se uma prevalência de 36,1% (IC95%: 33,5–38,8%) de medidas de PA descontroladas. Houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade (44,0% entre adultos; $p=0,002$) e à presença de sobrepeso ou obesidade (39,0% entre os com sobrepeso/obesidade; $p<0,01$), além de uma associação limítrofe com o consumo de álcool (53,6% entre etilistas; $p=0,05$). A prevalência de HAS na amostra foi de 45,5% (IC95%: 43,5–47,4%). Entre os indivíduos hipertensos, a média da pressão arterial sistólica foi de 128,03 mmHg ($\pm 17,93$), e a da pressão arterial diastólica, de 79,98 mmHg ($\pm 11,30$). Com isso, conclui-se que as medidas de PA descontroladas apresentaram alta prevalência entre os adultos e idosos hipertensos do município de Marau-RS, especialmente em indivíduos com sobrepeso/obesidade, adultos e etilistas.

Palavras-chave: Pressão arterial; Hipertensão; Atenção Primária.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) remains one of the most prevalent diseases in the world. Despite having an effective treatment, many patients with this disease still have uncontrolled blood pressure levels due to multiple factors. In this line, the present study aimed to verify the prevalence of uncontrolled blood pressure and related factors in hypertensive patients using Primary Health Care. This is a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive and analytical study, developed in the city of Marau, RS. The sample will be characterized based on sociodemographic, health, and behavioral aspects, analyzing the distribution of the prevalence of uncontrolled blood pressure (BP) in relation to these factors. In the sample (n=1,245), an uncontrolled BP rate of 36.1% (95% CI: 33.5–38.8%) was observed. There was a statistically significant difference according to age (44.0% among adults; $p=0.002$) and the presence of overweight or obesity (39.0% among those with overweight/obesity; $p<0.01$), as well as a borderline association with alcohol consumption (53.6% among drinkers; $p=0.05$). The prevalence of HTN in the sample was 45.5% (95% CI: 43.5–47.4%). Among hypertensive individuals, the mean SBP was 128.03 mmHg (± 17.93), and the mean DBP was 79.98 mmHg (± 11.30). Therefore, it can be concluded that uncontrolled BP measurements were highly prevalent among hypertensive adults and older adults in Marau-RS, particularly among individuals with overweight/obesity, adults, and alcohol consumers.

Keywords: Blood pressure; Hypertension; Primary Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. DESENVOLVIMENTO.....	10
2.1 PROJETO DE PESQUISA.....	10
2.1.1 Tema.....	10
2.1.2 Problemas.....	10
2.1.3 Hipóteses.....	11
2.1.4 Objetivos.....	11
2.1.4.1 Geral.....	11
2.1.4.2 Específicos.....	11
2.1.5 Justificativa.....	12
2.1.6 Referencial teórico.....	13
2.1.6.1 Epidemiologia da HAS.....	13
2.1.6.2 Diagnóstico e classificação da HAS.....	13
2.1.6.3 Fatores de risco para HAS.....	15
2.1.6.4 Tratamento da HAS.....	16
2.1.6.5 Impactos do descontrole da PA.....	18
2.1.6.6 Controle da PA.....	19
2.1.7 Metodologia.....	20
2.1.7.1 Tipo de estudo.....	20
2.1.7.2 Local e período de realização.....	20
2.1.7.3 População e amostra.....	20
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados.....	21
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados.....	22
2.1.7.6 Aspectos éticos.....	22
2.1.8 Recursos.....	23
2.1.9 Cronograma.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO A - Ficha de coleta.....	27
ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto no CEP – UFFS.....	33
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA.....	42
3. ARTIGO CIENTÍFICO.....	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição caracterizada por altos níveis pressóricos nas artérias, de natureza multifatorial e preditora de diversas outras doenças. Nessa lógica, o controle dessa patologia é fundamental para a prevenção de complicações e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Classifica-se como hipertenso o indivíduo que apresenta elevação persistente da pressão arterial sistólica (PAS) para níveis maiores que 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior que 90 mmHg (Barroso *et al.*, 2020).

Além disso, a HAS é uma doença muito prevalente em todo o mundo. Em 2019, estima-se que 1,28 bilhão de pessoas de 30 a 79 anos no globo tinham diagnóstico de HAS (Zhou *et al.*, 2021). O controle adequado da pressão arterial (PA) é a meta central no paciente hipertenso (Barroso *et al.*, 2020). Entretanto, diversos estudos demonstram que muitos pacientes já diagnosticados com HAS não apresentam seus níveis pressóricos sob controle (Abaci *et al.*, 2006; Kebede, Chelkeba, Araújo *et al.*, 2020; Dessie, 2021; Jardim *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2021).

O diagnóstico da hipertensão, realizado por meio de aferições regulares da pressão arterial, possibilita a identificação precoce da doença, o que é fundamental para o início imediato de intervenções. Porém, apenas o diagnóstico não garante o controle efetivo da pressão arterial, sendo necessário um tratamento contínuo e multifatorial, que abrange tanto medidas farmacológicas quanto mudanças no estilo de vida (Barroso *et al.*, 2020).

A HAS, como a maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), não possui uma causa única, ou seja, é resultado da interação de diversas variáveis (Malachias *et al.*, 2016). Seu aparecimento e sua evolução se relacionam com questões genéticas e ambientais (Yugar-Toledo *et al.*, 2020), sendo considerados fatores de risco para HAS variáveis socioeconômicas, estilo de vida e comorbidades (Barroso *et al.*, 2020). Ainda, quando esses fatores estão relacionados à HAS já estabelecida, contribuem para o descontrole da pressão arterial e, conseqüentemente, para o aumento do risco cardiovascular (Yugar-Toledo *et al.*, 2020). Embora o tratamento da HAS tenha sua eficácia e efetividade atestadas, o controle adequado da doença permanece insatisfatório na

maioria dos países, incluindo o Brasil (Geldsetzer *et al.*, 2019; Barroso *et al.*, 2020).

O descontrole da PA está diretamente associado ao aumento do risco de complicações, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, além de elevação da mortalidade cardiovascular. Além disso, pacientes com PA descontrolada apresentam maior probabilidade de hospitalizações, o que também impacta significativamente os custos do sistema de saúde (Barroso *et al.*, 2020).

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem papel crucial no manejo da HAS, pois proporciona prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento contínuo dessa patologia. Na APS, profissionais monitoram a PA, adequam tratamentos, trabalham na promoção de hábitos saudáveis e orientam os pacientes acerca da importância da adesão ao tratamento. Com equipes multiprofissionais, a APS adapta intervenções às necessidades locais e coordena o cuidado, encaminhando pacientes para serviços especializados quando necessário (Brasil, 2017).

Assim, o objetivo deste estudo é verificar a prevalência do descontrole da PA e fatores relacionados em pacientes hipertensos usuários da APS.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Prevalência e fatores relacionados ao descontrole da pressão arterial em pacientes hipertensos.

2.1.2 Problemas

Qual a prevalência do diagnóstico de HAS em adultos e idosos atendidos na APS?

Entre os hipertensos, qual a prevalência de medidas de PA descontroladas?

Quais as características clínico-epidemiológicas dos pacientes hipertensos?

Quais os fatores relacionados ao descontrolado da PA em pacientes hipertensos atendidos na APS?

Qual a média de PAS e de PAD dos pacientes hipertensos atendidos na APS?

2.1.3 Hipóteses

A prevalência de diagnóstico de HAS será de 30%.

A prevalência de PA não controlada nos hipertensos será de 35%.

Os pacientes hipertensos serão majoritariamente idosos, do sexo masculino e de baixa escolaridade.

Etilismo, tabagismo, sedentarismo, não uso de medicações para controle de PA, sobrepeso/obesidade, idade avançada, dislipidemia e diabetes serão fatores relacionados ao descontrolado da PA nos hipertensos.

A média de PA nos hipertensos será de 135,0 mmHg e 81,0 mmHg para PAS e PAD, respectivamente.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Geral

Verificar a prevalência do descontrolado da pressão arterial e fatores relacionados em pacientes hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde.

2.1.4.2 Específicos

Descrever a prevalência do diagnóstico de hipertensão arterial e do descontrolado da pressão arterial nesses pacientes.

Determinar as características clínico-epidemiológicas dos hipertensos.

Determinar quais os fatores relacionados à pressão arterial não controlada nos hipertensos.

Averiguar qual a média de PA sistólica e diastólica dos pacientes.

2.1.5 Justificativa

A HAS é uma condição muito prevalente atualmente, além de ser um dos principais fatores de risco não só para outras doenças cardiovasculares, como para patologias que envolvem outros sistemas. Apesar da ampla disponibilidade de tratamentos, muitos pacientes hipertensos continuam com a PA descontrolada, o que representa um desafio significativo para a saúde pública, exigindo uma compreensão aprofundada dos fatores que contribuem para isso. Nesse sentido, este estudo realizado com dados da APS do município de Marau, RS, mostra-se relevante para entender as características da população hipertensa dessa cidade do norte gaúcho e, conseqüentemente, contribui para o planejamento de medidas mais eficientes para controle da PA.

Estudar a prevalência e os fatores relacionados ao descontrole da pressão arterial em pacientes hipertensos é crucial para identificar as barreiras que impedem o sucesso terapêutico relacionado a essa patologia. Fatores como a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso, influências socioeconômicas, estilo de vida e comorbidades precisam ser explorados para compreender como esses elementos interagem e impactam o manejo da hipertensão. Esse conhecimento é fundamental para a elaboração de estratégias mais eficazes, personalizadas e capazes de alcançar melhores resultados no controle da PA.

Além disso, estudos focados nessa área podem fornecer dados valiosos para a formulação de políticas públicas e programas de saúde voltados à prevenção e ao controle da hipertensão na APS. Ao identificar os fatores mais relevantes relacionados ao descontrole da PA, é possível direcionar recursos e esforços para intervenções mais eficazes, que possam ser implementadas em larga escala, melhorando, assim, a saúde cardiovascular da população.

2.1.6 Referencial teórico

2.1.6.1 Epidemiologia da HAS

De acordo com um estudo que utilizou dados da NCD Risk Factor Collaboration, em 2019, a prevalência de hipertensão em adultos de 30 a 79 anos no mundo foi de 32% em mulheres e 34% em homens, semelhante aos níveis de 1990, quando a prevalência era de 32% em mulheres e 32% em homens. Ademais, em 2019, mais de 1 bilhão de pessoas com hipertensão (82% de todas as pessoas com hipertensão no mundo) viviam em regiões de baixa e média renda (Zhou *et al.*, 2021).

Já em nível nacional, na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 23,9% dos adultos brasileiros referiram ter diagnóstico de hipertensão, o que corresponde a 31,8 milhões de pessoas. Observou-se, também, um aumento da prevalência com a idade, 18 a 29 anos esta proporção era de apenas 2,8%; subindo para 20,3% de 30 a 59 anos, 46,9% de 60 a 64 anos, 56,6% de 65 a 74 anos e 62,1% entre a população com 75 anos ou mais (Malta *et al.*, 2020).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a taxa de mortalidade por hipertensão no Brasil, em 2021, foi de 18,7 óbitos por 100 mil habitantes (Brasil, 2022). Ainda, em 2022, houveram 39.220 mortes que tiveram como causa direta a hipertensão primária (Brasil, 2023). Ressalta-se, entretanto, que esses números não cobrem as mortes pelas outras doenças que a hipertensão pode causar.

2.1.6.2 Diagnóstico e classificação da HAS

São considerados hipertensos indivíduos com PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg. Entretanto, para se diagnosticar a HAS, não basta apenas uma medida de PA alterada, exceto em casos em que ela esteja muito elevada (HA 3º estágio), ou caso haja lesão de órgão alvo ou doença cardiovascular. Para os demais pacientes, deve-se fazer mais aferições para confirmar o diagnóstico, idealmente em duas ou mais visitas médicas em intervalos de dias ou semanas. Outra opção

mais assertiva para diagnosticar é utilizar aferições fora do consultório (MRPA ou MAPA), nesses casos com PA média maior do que 130 mmHg para sistólica e/ou maior do que 80 mmHg para diastólica (Barroso *et al.*, 2020).

A monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) possui um protocolo próprio, que consiste na realização de três medições da PA pela manhã, antes do desjejum, e mais três à noite, antes do jantar, durante cinco dias. Pode-se, também, em vez de três medições, obter-se duas, e, nesse caso, durante sete dias (Parati *et al.*, 2010).

A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) consiste na medição da PA de forma intermitente durante 24 horas ou mais, com o paciente mantendo seus hábitos durante vigília e sono. Isso é feito por meio de um aparelho que mede a pressão arterial de forma automática no braço do paciente, conectado a um registrador posicionado na cintura. Recomenda-se programar o aparelho para fazer, no mínimo, uma medida a cada 30 minutos (Brandão *et al.*, 2018).

A MRPA e a MAPA, na prática, são mais usadas em casos em que se suspeita que a PA medida no consultório é diferente da medida fora dele. Isso ocorre em dois casos, na hipertensão do avental branco, que consiste em valores de PA maiores no consultório, e no efeito de mascaramento, em que os valores de PA são maiores fora do consultório (Barroso *et al.*, 2020).

De acordo com os valores obtidos, classifica-se a PA em ótima, normal, pré-hipertensão e HAS estágios 1, 2 e 3 (Barroso *et al.*, 2020).

Quadro 1: Classificação dos valores de PA.

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
HA estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA estágio 3	≥180	e/ou	≥110

Fonte: Barroso *et al.*, 2020

2.1.6.3 Fatores de risco para HAS

A HAS, como a maioria das DCNTs, resulta da interação entre diversas variáveis. Nessa lógica, existem inúmeros fatores de risco para desenvolvimento de HAS, dentre eles: idade avançada, obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, etilismo e tabagismo (Barroso *et al.*, 2020).

Com o aumento da idade, ocorre um enrijecimento progressivo e uma perda de complacência de grandes artérias, o que promove um aumento de PA, principalmente da PAS. Um estudo utilizou 83 pesquisas, de 52 países diferentes, para, dentre outros fatores, analisar o comportamento da PAS com o passar dos anos. Constatou-se que, em adultos de 30 a 64 anos, a PAS aumentou de 1,7 mmHg até 11,6 mmHg a cada aumento de 10 anos na idade (Singh *et al.*, 2012).

Diversos trabalhos comprovam a associação entre obesidade e hipertensão. Dentre eles, um estudo de coorte prospectivo com uma amostra de 12.319 mulheres hipertensas detectou que 40% dos casos de hipertensão foram relacionados à obesidade (Forman; Stampfer; Curhan, 2009). Esses dados reforçam a relevância da obesidade como um importante fator de risco na gênese e manutenção da hipertensão arterial, sublinhando a necessidade de abordagens preventivas e terapêuticas voltadas para o controle do peso corporal (El Meouchy *et al.*, 2022).

Sabe-se que o consumo excessivo de sal é um dos fatores que se relaciona com o aumento da PA. Estudos que mediram a excreção de sódio e a relacionaram com a PA demonstraram que há significativa relação entre esses dois fatores. O alto consumo de sódio foi associado a um aumento de 4,5 a 6,0 mmHg da PAS, e de 2,3 a 2,5 mmHg da PAD, quando comparado aos indivíduos que ingeriam as quantidade de sódio dentro das recomendações (Elliot *et al.*, 1996).

A relação entre sedentarismo e HAS é sabida, destacando o impacto negativo de um estilo de vida inativo sobre a saúde cardiovascular. Estudos indicam que o sedentarismo contribui para alterações no sistema cardiovascular, incluindo resistência vascular periférica aumentada e redução da capacidade de resposta vasodilatadora, fatores que favorecem a elevação da pressão arterial (Whelton *et al.*, 2017; Barroso *et al.*, 2020). Um estudo transversal reforçou essa

associação ao analisar uma amostra de pacientes hipertensos, dos quais 57,8% foram classificados como sedentários (Martins *et al.*, 2021).

O consumo excessivo de álcool está associado a um aumento da pressão arterial (Stranges *et al.*, 2004; Barroso *et al.*, 2020; Whelton *et al.*, 2018) e ao risco de doenças cardiovasculares, como IAM, AVC e insuficiência cardíaca (Piano, 2017). Ainda, uma pesquisa recente demonstrou que indivíduos que consomem bebidas alcoólicas regularmente necessitam de doses mais elevadas de medicamentos anti-hipertensivos para atingir o controle adequado da pressão arterial, em comparação com aqueles que não consomem (Ye *et al.*, 2024).

Com relação ao tabagismo, um estudo conduzido no Vietnã apresentou associação positiva entre tabagismo e HAS, sendo que os fumantes têm 1,38 mais chances de desenvolverem essa enfermidade quando comparado aos não fumantes (Cuong *et al.*, 2019). Outra análise demonstrou que quanto maior o número de anos e a quantidade consumida, maior é a chance de hipertensão, porém, a enfermidade não teve seu risco aumentado nos pacientes que fumavam durante o período de realização do estudo (Thuy *et al.*, 2010).

2.1.6.4 Tratamento da HAS

A abordagem do tratamento anti-hipertensivo envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas e objetiva, principalmente, diminuir a morbidade e a mortalidade resultante de elevados valores da PA (Barroso *et al.*, 2020; WHO, 2021). É indicado, para a maior parte dos pacientes hipertensos, uma associação entre modificações do estilo de vida, como parte não farmacológica da terapêutica, e tratamento medicamentoso, como parte farmacológica (Barroso *et al.*, 2020).

Dentre as principais modificações de estilo de vida, pode-se destacar cessação de etilismo e de tabagismo, mudança de padrão alimentar e prática de exercício físico (Barroso *et al.*, 2020).

Sobre os hábitos alimentares, destaca-se um em especial: a restrição salina. Diversos ensaios clínicos randomizados indicaram fortemente a associação entre diminuição da ingestão de sal e redução da PA. Outra indicação relacionada à alimentação é a DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que consiste,

basicamente, numa dieta rica em vegetais, frutas, laticínios com baixo teor de gordura, grãos integrais, aves, peixes e nozes, e pobre em doces, bebidas adoçadas com açúcar e carnes vermelhas (Ghunter *et al.*, 2009).

Exercícios aeróbicos, de pelo menos 150 minutos semanais em baixa intensidade, ou 75 minutos em alta intensidade, reduzem a PA em indivíduos normotensos e estão relacionados a uma redução da incidência de hipertensão e a uma menor taxa de mortalidade (Basile; Bloch, 2024).

Com relação ao tabagismo, não há estudos que realmente confirmem que sua cessação auxilia no controle da PA (Barroso *et al.*, 2020). Contudo, segundo uma meta-análise, parar de fumar se associa a um risco significativamente menor de desenvolver doenças cardiovasculares (Wang *et al.*, 2021). Outra meta-análise identificou que a cessação do tabagismo se relaciona à redução dos riscos de eventos cardiovasculares entre pacientes diabéticos (Pan *et al.*, 2015).

Diminuir a ingestão de álcool reduz os níveis pressóricos de acordo com a quantidade retirada, com efeito mais intenso em pessoas que bebem seis ou mais doses por dia, prevenindo potencialmente 7.000 hospitalizações e 678 mortes cardiovasculares anualmente (Roerecke *et al.*, 2017).

No que tange ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, seu principal objetivo é a proteção cardiovascular. Para isso, a redução da PA é a primeira meta, culminando com a redução dos desfechos cardiovasculares adversos (Barroso *et al.*, 2020).

Existem cinco principais classes de anti-hipertensivos utilizados: diuréticos (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB). Esses medicamentos se mostraram efetivos tanto na redução dos níveis pressóricos, quanto na redução de desfechos cardiovasculares (Barroso *et al.*, 2020). Pode-se usar esses fármacos em monoterapia ou combinações entre eles.

Medicamentos de outras classes, como os alfabloqueadores, os simpatolíticos de ação central, os antagonistas da aldosterona e os vasodilatadores diretos foram menos amplamente estudados em ensaios clínicos e se relacionam a maiores taxas de eventos adversos. Eles devem ser usados

quando não há controle da PA com combinações de outros fármacos (Barroso *et al.*, 2020).

Quando se utiliza terapia anti-hipertensiva com combinação de fármacos, opta-se por dois ou mais medicamentos com mecanismos de ação diferentes, o que aumenta a chance de sucesso do tratamento. Essa abordagem permite o uso de doses menores de cada fármaco, reduzindo a ocorrência de efeitos adversos e melhorando a adesão do paciente ao tratamento. Essa estratégia é recomendada especialmente para casos em que o controle da pressão arterial não é atingido com monoterapia, o que maximiza a eficácia terapêutica e proporciona melhores desfechos clínicos (Barroso *et al.*, 2020).

2.1.6.5 Impactos do descontrole da PA

Há uma relação íntima entre os níveis pressóricos elevados e o aumento do risco de diversas doenças cardiovasculares. Dentre elas: acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial coronariana (DAC) e insuficiência cardíaca (IC). Além disso, também tem relação com a instalação e progressão de doença renal crônica (DRC) (Mancia Chairperson *et al.*, 2023).

Uma meta-análise que contou com 47 estudos e uma amostra de 491.666 pessoas identificou que a pré-hipertensão aumentou em 40% o risco total de doenças. Também, constatou-se que 12,09% de todas as doenças cardiovasculares; 13,26% das doenças coronarianas; 24,60% dos IAMs; e 19,15% dos AVEs poderiam ser evitados com o controle efetivo da PA (Han *et al.*, 2019). Isso demonstra que, mesmo não sendo considerados hipertensos, os pré-hipertensos devem ser bem avaliados e estratificados (Barroso *et al.*, 2020).

Numa meta-análise que investigou 61 estudos, foi constatado que um aumento 20 mmHg da PAS e de 10 mmHg da PAD foram relacionados a um risco duas vezes maior de morte por AVE, doenças cardíacas e outras patologias vasculares (Lewington *et al.*, 2003). Outra pesquisa, também de meta-análise, identificou redução de 64% do risco relativo de eventos cardiovasculares, quando comparou ensaios em que os participantes foram tratados para meta de PAS entre

120 e 124 mmHg com os que apresentavam PA maior do que 160 mmHg (Ettehad, 2016).

Além disso, um estudo feito pela *American Heart Association*, em suas diretrizes de tratamento de hipertensão, a partir de meta-análises, verificou que uma pressão arterial de 130 a 139 mmHg sistólica e 85 a 89 mmHg diastólica foram associadas a um crescimento de 1,5 a 2,0 da taxa de risco para eventos cardiovasculares (Whelton *et al.*, 2018).

2.1.6.6 Controle da PA

Considerando a alta prevalência de HA e suas múltiplas implicações, o controle dos níveis pressóricos se mostra de grande importância para redução de complicações indesejáveis (Portela *et al.*, 2016). Estudos mostram que a taxa de controle da PA é insatisfatória mesmo em pacientes com diagnóstico de HAS firmado (Abaci *et al.*, 2006; Kebede; Chelkeba; Dessie, 2021).

Um estudo brasileiro de revisão sistemática com metanálise que foi realizado na APS mostrou que a taxa de controle da HAS variou entre 43,7% a 67,5% (Picon *et al.*, 2017).

Uma pesquisa que utilizou dados de 1990 a 2019, totalizando 1.201 estudos e amostra de 104 milhões de pessoas, detectou que as taxas de controle da PA entre pessoas com hipertensão em 2019 foram de 23% para mulheres e 18% para homens. As taxas de tratamento e de controle adequado de PA foram maiores na Coreia do Sul, Canadá e Islândia (tratamento >70%; controle >50%), seguidos por EUA, Costa Rica, Alemanha, Portugal e Taiwan. Ressalta-se que esses indicadores melhoraram na maioria dos países desde 1990, mas encontrou-se poucas mudanças na maioria dos países da África Subsaariana e da Oceania. O progresso foi maior em países de alta renda, Europa Central e alguns países de renda média-alta, incluindo Costa Rica, Taiwan, Cazaquistão, África do Sul, Chile, Turquia, Irã e, inclusive, Brasil (Zhou *et al.*, 2021).

Num estudo transversal brasileiro, que contou com uma amostra de 2.643 hipertensos acompanhados em 45 ambulatórios, foi encontrada uma prevalência

de PA não controlada de 46,4%, com média de PA de 137,2 mmHg e 82,8 mmHg para sistólica e diastólica, respectivamente (Araújo *et al.*, 2020).

Outro estudo transversal que contou com 190 mulheres hipertensas avaliou o controle da PA entre elas. Dentre as participantes, 56,8% (equivalente a 108 mulheres) apresentavam níveis pressóricos controlados. Foi identificado, ainda, que fatores como ter mais de 70 anos e residir em áreas mais distantes da unidade de saúde estavam significativamente associados ao descontrole da PA (Moroz; Kluthcovsky; Schafranski, 2016).

Uma pesquisa que contou com uma amostra de 1.548 pacientes hipertensos com uma média de acompanhamento de $7,6 \pm 7,1$ anos, com pelo menos duas visitas de acompanhamento, encontrou uma taxa de controle de PA de 68%. Nessa análise, diabetes associou-se inversamente com controle da PA, enquanto idade ≥ 60 anos e sexo feminino associaram-se diretamente (Jardim *et al.*, 2020).

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa de dados secundários.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo foi realizado em Marau, RS, no período de março a dezembro de 2025.

2.1.7.3 População e amostra

Este projeto é parte de um estudo maior, institucionalizado na UFFS, e intitulado "Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária". No projeto maior, para identificar a associação entre os vários desfechos e os fatores de exposição, foi considerada uma razão de não expostos para expostos de 5:5.

Adotou-se uma prevalência global do desfecho de 10%, com frequência esperada de 6,7% entre os não expostos e uma razão de prevalência (RP) de 2. O cálculo amostral resultou em 1.234 indivíduos para cada faixa etária: crianças (0-12 anos), adolescentes (13-19 anos), adultos (20-59 anos) e idosos (60 anos ou mais), totalizando 4.936 participantes.

A relação dos pacientes com consultas médicas e de enfermagem agendadas entre 01/01/2019 e 31/12/2019, por sub amostra segundo faixa etária, foi obtida pela equipe da pesquisa original por meio do sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, com acesso autorizado através de login e senha fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Neste recorte, serão analisadas apenas as subamostras correspondentes aos adultos e idosos, ou seja, participantes com 20 anos ou mais. No caso dos idosos, após a exclusão dos prontuários indisponíveis em razão do óbito dos pacientes e daqueles que não realizaram a consulta médica ou de enfermagem no período, a amostra final dos idosos ficou composta por 1.728 indivíduos. Considerando que esse número é próximo do valor estimado para a subamostra, a equipe de pesquisa decidiu incluir todos os participantes identificados.

Para a subamostra de adultos, foram considerados 6.179 pacientes agendados para consultas médicas ou de enfermagem. Realizou-se uma amostragem sistemática com intervalo de três unidades, antecipando possíveis exclusões por óbito, gestação ou ausência na consulta. Dessa forma, foram inicialmente selecionados 2.061 pacientes para assegurar o tamanho amostral previsto. Após as exclusões e a conclusão da coleta de dados, a subamostra final de adultos foi composta por 1.581 indivíduos. Assim, os bancos de dados das duas amostras (idosos e adultos) serão combinados, resultando em um total de 3.309 participantes. Com base nisso, fez-se a seleção de uma subamostra composta de pacientes hipertensos, para a qual obteve-se 1245 pacientes.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Entre agosto de 2021 e março de 2022, os dados foram obtidos pelos acadêmicos integrantes do projeto maior, em seus domicílios, a partir da consulta on-line direta aos prontuários eletrônicos registrados no sistema G-MUS, utilizando uma ficha de coleta previamente desenvolvida pelos pesquisadores (Anexo A). Foram coletados dados sociodemográficos, de saúde e comportamentais.

A partir disso, será verificada a prevalência do diagnóstico de HAS para a amostra geral de adultos e idosos (registro do diagnóstico em prontuário médico). Na subamostra de pacientes hipertensos, a variável dependente a ser analisada é o des controle da PA, obtida a partir da classificação dos indivíduos com base nas aferições de PAS e de PAD, considerando todos os indivíduos que apresentarem PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg (Barroso *et al.*, 2020). As variáveis para caracterização da amostra e para serem analisadas como exposições (independentes) em relação ao des controle de PA (dependente) serão as sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, escolaridade e situação no mercado de trabalho), de saúde (dislipidemia, DM, estado nutricional, e uso de medicamentos) e comportamentais (prática de atividade física, consumo de tabaco e de bebida alcoólica).

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados foram digitados no *software* EpiData v. 3.1 e as análises estatísticas serão conduzidas utilizando o *software* PSPP (ambos de distribuição livre). Serão calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, bem como as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas. A prevalência de hipertensão (geral) e das pressões arteriais descontroladas (variável dependente) serão estimadas, juntamente a seu intervalo de confiança, que será de 95% (IC95). Além disso, a distribuição do desfecho (pressão descontrolada) em relação às variáveis independentes será analisada utilizando o teste do qui-quadrado, adotando-se um nível de significância de 5% para o erro tipo I.

2.1.7.6 Aspectos éticos

Este projeto faz parte de uma pesquisa que está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos no Brasil. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, conforme parecer número 4.769.903 (Anexo B).

Os arquivos digitais que integram a pesquisa serão mantidos por cinco anos nos computadores de uso pessoal dos acadêmicos envolvidos, devidamente protegidos por senhas. As conclusões desse estudo podem identificar fatores de risco e barreiras ao tratamento, permitindo melhorias nas estratégias de prevenção e manejo. Isso pode contribuir para políticas de saúde mais eficazes, direcionando recursos para intervenções específicas e personalizadas, principalmente a nível local.

2.1.8 Recursos

Quadro 2 - Recursos.

Materiais	Custo (R\$)
Notebook	2.800,00
Energia elétrica	210,00
Internet	136,00
Total	3.146,00

Fonte: Própria, 2024

Os custos são de responsabilidade da equipe de pesquisa.

2.1.9 Cronograma

Revisão de literatura: 03/2025 a 12/2024

Processamento e análise de dados: 03/2025 a 08/25

Redação e divulgação dos resultados: 11/2025

REFERÊNCIAS

ABACI, ADNAN et al. Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). **Journal of human hypertension**, v. 20, n. 5, p. 355-361, 2006.

ARAÚJO, Thayza de Paula et al. Fatores associados à pressão arterial não controlada em brasileiros hipertensos. 2020.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.

BASILE Jan; BLOCH, Michael J. Overview of hypertension in adults. In: **UpToDate**. Waltham, MA: UpToDate, Inc. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRANDÃO, Andrea A. et al. 6ª Diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial e 4ª Diretrizes de monitorização residencial da pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 5 suppl 1, p. 1-29, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2024.

QUOC CUONG, Tran et al. Associated factors of hypertension in women and men in Vietnam: a cross-sectional study. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 23, p. 4714, 2019.

ELLIOTT, Paul et al. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. **Bmj**, v. 312, n. 7041, p. 1249-1253, 1996

EL MEOUCHY, Paul et al. Hypertension related to obesity: pathogenesis, characteristics and factors for control. **International journal of molecular sciences**, v. 23, n. 20, p. 12305, 2022.

ETTEHAD, Dena et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 387, n. 10022, p. 957-967, 2016.

FORMAN, John P.; STAMPFER, Meir J.; CURHAN, Gary C. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. **Jama**, v. 302, n. 4, p. 401-411, 2009.

GELDSETZER, Pascal et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1·1 million adults. **The Lancet**, v. 394, n. 10199, p. 652-662, 2019.

GRAUDAL, Niels Albert; HUBECK-GRAUDAL, Thorbjørn; JURGENS, Gesche. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2020.

HAN, Minghui et al. Prehypertension and risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of 47 cohort studies. **Journal of hypertension**, v. 37, n. 12, p. 2325-2332, 2019.

JARDIM, Thiago Veiga et al. Controle da pressão arterial e fatores associados em um serviço multidisciplinar de tratamento da hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 174-181, 2020.

KEBEDE, Bekalu; CHELKEBA, Legese; DESSIE, Bekalu. Rate of blood pressure control and its determinants among adult hypertensive patients at Jimma University Medical Center, Ethiopia: prospective cohort study. **SAGE open medicine**, v. 9, p. 20503121211006000, 2021.

LEWINGTON, Sarah et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. **The Lancet**, v. 361, n. 9366, p. 1391-1392, 2003.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial: apresentação. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 107, p. XV-XIX, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 122, 2023.

MANCIA CHAIRPERSON, Giuseppe et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). **Journal of hypertension**, v. 41, n. 12, p. 1874-2071, 2023.

MARTINS, Larissa Castelo Guedes et al. Clinical indicators and aetiological factors of sedentary lifestyle in patients with arterial hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v. 30, n. 21-22, p. 3330-3341, 2021.

MOROZ, Maisa Bastos; KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; SCHAFRANSKI, Marcelo Derbli. Controle da pressão arterial em idosas hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 111-117, 2016.

PAN, An et al. Relation of smoking with total mortality and cardiovascular events among patients with diabetes mellitus: a meta-analysis and systematic review. **Circulation**, v. 132, n. 19, p. 1795-1804, 2015.

PARATI, Gianfranco et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. **Journal of human hypertension**, v. 24, n. 12, p. 779-785, 2010.

PIANO, Mariann R. Alcohol's effects on the cardiovascular system. **Alcohol research: current reviews**, v. 38, n. 2, p. 219, 2017.

PICON, Rafael V. et al. Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Primary Care—A Meta-Analysis. **International journal of hypertension**, v. 2017, n. 1, p. 1274168, 2017.

PORTELA, Pollyana Pereira et al. Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens. **Acta paulista de enfermagem**, v. 29, p. 307-315, 2016.

ROERECKE, Michael et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 2, n. 2, p. e108-e120, 2017.

SINGH, Gitanjali M. et al. The age associations of blood pressure, cholesterol, and glucose: analysis of health examination surveys from international populations. **Circulation**, v. 125, n. 18, p. 2204-2211, 2012.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020315, 2020.

STRANGES, Saverio et al. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. **Hypertension**, v. 44, n. 6, p. 813-819, 2004.

THUY, Au Bich et al. The association between smoking and hypertension in a population-based sample of Vietnamese men. **Journal of hypertension**, v. 28, n. 2, p. 245-250, 2010.

THIJS, L. et al. Number of measurements required for the analysis of diurnal blood pressure profile. **Journal of human hypertension**, v. 8, n. 4, p. 239-244, 1994.

WANG, Xiaowen et al. Smoking cessation, weight gain, cardiovascular risk, and all-cause mortality: a meta-analysis. **Nicotine and Tobacco Research**, v. 23, n. 12, p. 1987-1994, 2021.

WHELTON, Paul K. et al. 2017

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 19, p. e127-e248, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults**. World Health Organization, 2021.

YE, Xiao-Fei et al. Alcohol consumption and antihypertensive treatment effect in male patients with hypertension. **American Journal of Hypertension**, v. 37, n. 2, p. 112-119, 2024.

YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos et al. Brazilian position statement on resistant hypertension—2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 114, p. 576-596, 2020.

ZHOU, Bin et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201

population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021.

ANEXO A - Ficha de coleta

UFFS-PESQUISA: Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária	
Pesquisadora Responsável: Profª Drª Ivana Loraine Lindemann. ivana.lindemann@uffs.edu.br (54) 9 8163 1716	
Número do participante	NUME ____
Nome/número do acadêmico pesquisador:	ACADE ____
VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Número do prontuário:	PEP _____
Unidade de Saúde:	UNI ____
Área: (0000) Fora de área	AREA ____
Microárea: (000000) Fora de área	MICRO ____/____
Data da última consulta médica em 2019:	DATEME ____/____/____
Data da última consulta de enfermagem em 2019:	DATAEN ____/____/____
Nome completo	NOME _____
Data de nascimento:	DATAN ____/____/____
Nacionalidade (1) Brasileiro (2) Naturalizado (3) Estrangeiro (4) Não informado	NACI ____
Naturalidade (1) Marau (2) Outro (3) Não informado	NATU ____
Sexo (1) Masculino (2) Feminino (3) Ignorado	SEXO ____
Orientação sexual (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual (4) Outro (5) Não informado	ORI ____
Identidade de gênero (1) Homem transexual (2) Mulher transexual (3) Travesti (4) Outro (5) Não informado	GENE ____
Raça/cor (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (6) Não informado	COR ____
Frequenta escola ou creche (1) Sim (2) Não (3) Não informado	CRECHE ____
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou? (01) Creche (02) Pré-escola (exceto CA) (03) Classe Alfabetizada – CA (04) Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries (05) Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries (06) Ensino Fundamental Completo (07) Ensino Fundamental Especial (08) Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) (09) Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) (10) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) (11) Ensino Médio Especial (12) Ensino Médio EJA (Supletivo) (13) Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado (14) Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)	CURSO ____
Situação no mercado de trabalho (01) Empregador (02) Assalariado com carteira de trabalho (03) Assalariado sem carteira de trabalho (04) Autônomo com previdência social (05) Autônomo sem previdência social (06) Aposentado/Pensionista (07) Desempregado (08) Não trabalha (09) Servidor Público/Militar (10) Outro (11) Não informado	TRABA ____

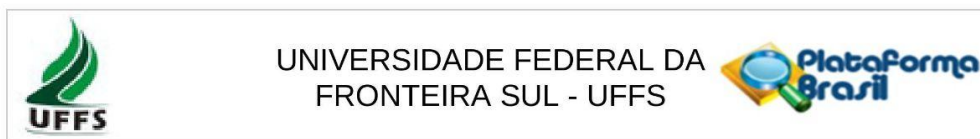
GERAIS E MORBIDADES	
Participa de algum grupo comunitário? (0) Não/não informado (1) Sim Qual(is):	GRUPO__ QGRUPO__
Peso (em gramas):	PESO__
Altura/comprimento (em centímetros):	ALTU__
Índice de Massa Corporal (IMC):	IMC __, __
Autorelato de atividade física (1) Sim (0) Não/não informado	AF__
Está fumante? (1) Sim (0) Não	FUMA__
Faz uso de álcool? (1) Sim (0) Não	BEBE__
Faz uso de outras drogas? (1) Sim (0) Não	DROGA__
Tem hipertensão arterial sistêmica? (1) Sim (0) Não	HAS__
Tem diabetes <i>mellitus</i> ? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de DM? (1) Tipo 1 (2) Tipo 2 (3) Gestacional (4) Informação não localizada	DM__ QDM__
Teve dislipidemia? (1) Sim (0) Não	DISLI__
Teve AVC/derrame? (1) Sim (0) Não	AVC__
Teve infarto? (1) Sim (0) Não	IAM__
Tem doença cardíaca/do coração? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência cardíaca (2) Outro (3) Não sabe	CARDI__ QCARDI__
Tem ou teve problema nos rins? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência renal (2) Outro (3) Não sabe Realiza terapia renal substitutiva? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de terapia renal substitutiva:	RINS__ QRINS__ TRS__ QTRS__
Tem doença respiratória/no pulmão? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Asma (2) DPOC/Enfisema (3) Outro (4) Não sabe	RESPI__ QRESPI__
Tem hanseníase? (1) Sim (0) Não	HANSE__
Está com tuberculose? (1) Sim (0) Não	TUBE__
Tem ou teve câncer? (1) Sim (0) Não Qual a localização do câncer:	CA__ LCA__
Teve alguma internação nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não Qual(is) causa(s):	INTERNA__ CAUSA__
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? (0) Não (1) Sim Qual(is)?	MENTA__ QMENTA__
Está acamado? (1) Sim (0) Não	CAMA__
Está domiciliado? (1) Sim (0) Não	DOMI__
Uso de plantas medicinais (1) Sim (0) Não	CHA__
Qual(is):	QCHA__
Usa outras Práticas Integrativas e Complementares (0) Não (1) Sim Qual(is):	PICS__ QPICS__
Outra condição/doença do paciente (0) Não (1) Sim Qual(is):	CONDI__ QCONDI__
Medida da pressão arterial sistólica:	PAS__
Medida da pressão arterial diastólica:	PAD__
EXAMES	
<i>Considerar a data de registro ou de realização mais recente no ano de 2019</i>	
Registro de exames (0) Não há registro (1) Sim, com descrição de resultados (2) Sim, sem descrição de resultados	EXAMES__
Mamografia (1) Sim (0) Não Resultado BIRADS: _____	MMG__ BIRADS__

Papanicolau (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo para neoplasia (1) Alterado	CP__ RCP__
Sangue oculto nas fezes (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	PSOF__ RPSOF__
Colonoscopia (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	COLONO__ RCOLONO__
PSA TOTAL (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	PSA__ RPSA ____ , ____
Colesterol total (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	CT__ RCT ____ , ____
HDL (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	HDL__ RHDH ____ , ____
LDL (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	LDL__ RLDL ____ , ____
Triglicérides (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	TG__ RTG ____ , ____
Glicemia de jejum (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	GJ__ RGJ ____ , ____
Hemoglobina glicada (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	HB1AC__ RHB1AC ____ , ____
TGO (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	TGO__ RTGO ____ , ____
TGP (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	TGP__ RTGP ____ , ____
TSH (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	TSH__ RTSH ____ , ____
Creatinina sérica (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	CREATI__ RCREATI ____ , ____
Ureia (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	URE__ RURE ____ , ____
Hematócrito (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	HT__ RHT ____ , ____
Hemoglobina (1) Sim (0) Não Resultado ____ , ____	HB__ RHB ____ , ____
EPF (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	EPF__ REPF__
Parasita:	PARASITA
Teste rápido HIV (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo (2) Indeterminado	TRHIV__ RTRHIV__
Teste rápido de sífilis (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	TRSIF__ RTRSIF__
VDRL (1) Sim (0) Não Resultado 1 / ____ (000) Não reagente	VDRL__ RVDRL ____
HbsAg (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo/Não reagente (1) Positivo/Reagente	HBSAG__ RHBSAG__
Teste rápido hepatite B (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	TRHB__ RTRHB__
Teste rápido hepatite C (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	TRHC__ RTRHC__
Toxoplasmose IgM (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica Valor ____ , ____	TOXOM__ RTOXOM__ VTOXOM ____ , ____

Toxoplasmose IgG (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente Valor ____ , ____		TOXOG____ RTOXOG____ VTOXOG____ , ____	
MEDICAMENTOS EM USO			
Anotar todos os medicamentos em uso contínuo (nome/nome comercial)			MEDI
Anotar todos os medicamentos (nome/nome comercial) indicados no plano da consulta (prescritos na última consulta de 2019)			FARMA
Encaminhamentos para especialidades médicas e outros (1) Sim (0) Não Qual(is):			ENCA QENCA
GESTANTES			
Gestante (1) Sim (0) Não		GESTA____	
DUM ____/____/____		DUM ____/____/____	
DPP ____/____/____		DPP ____/____/____	
Tipo gestação (0) Gestação única (1) Gestação gemelar/múltipla		TIPOG____	
Gravidez planejada/desejada (1) Sim (0) Não		PLANE____	
Gestação prévia (1) Sim (0) Não		GESTAP____	
Número de gestações totais (incluindo a atual e todas as anteriores):		PARI____	
HISTÓRICO GESTACIONAL			
<i>Mulheres com paridade maior ou igual a dois - informações sobre gestações prévias</i>			
Aborto (interrupção involuntária de uma gestação antes da 20ª semana) (1) Sim (0) Não		ABORTO____	
Prematuridade (1) Sim (0) Não		PREMA____	
Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia (1) Sim (0) Não		ECLA____	
Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não		DMG____	
Hipertensão gestacional (1) Sim (0) Não		HASG____	
Excesso de ganho de peso (1) Sim (0) Não		EPESOG____	
Outros agravos gestacionais (0) Não (1) Sim		OHG____ QOHG	
Qual(is):			
GESTÇÃO ATUAL			
<i>Informações sobre a primeira consulta de pré-natal</i>			
Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (em semanas completas):		IGPN1____	
Início do pré-natal (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre		INIPREN____	
Data da primeira consulta de pré-natal:		DATAPN1 ____/____/____	
Peso na primeira consulta de pré-natal (em gramas):		PESOPN1____	
Altura na primeira consulta de pré-natal (em centímetros):		ALTUG____	
Medida da pressão arterial sistólica na primeira consulta de pré-natal: _____		PASP1____	
Medida da pressão arterial diastólica na primeira consulta de pré-natal: _____		PADPN1____	
Hemograma realizado na primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não		HEMOPN1____	
Resultado ABO (1) A (2) B (3) AB (4) O		ABO____	
Resultado Fator Rh (0) Negativo (1) Positivo		RH____	
Resultado glicemia de jejum primeira consulta de pré-natal: _____ (mg/dl)		GJPN1____ , ____	
EQU primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não		EQUPN1____	
Urocultura primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não		UROPN1____	
Resultado urocultura primeira consulta de pré-natal (0) Negativo (1) Positivo		RUROPN1____	
Patógeno:		PATOGENO1	
Realização de exames ultrassonográficos primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não		ULTRAPN1____	
Alterações:		ALTERA1	
INFORMAÇÕES SOBRE CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO SEGUNDO TRIMESTRE			
<i>(14 a 26 semanas de gestação)</i>			
* Se a gestante iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 14ª semana			
* Se a gestante iniciou o pré-natal no segundo trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 26ª semana			
Data da consulta de pré-natal do segundo trimestre:		DATAPN2 ____/____/____	
Idade gestacional na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em semanas completas):		IGPN2____	

Peso na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em gramas):	PESOPN2	_____
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PASPN2	_____
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PADPN2	_____
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN2	_____
Resultado glicemia de jejum na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN2	_____, ____
EQU na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	EQUPN2	_____
Urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	UROPN2	_____
Resultado urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (0) Negativo (1) Positivo	RUROPN2	_____
Patógeno:	PATOGENO2	_____
Realização de exames ultrassonográficos (1) Sim (0) Não	ULTRAPN2	_____
Alterações:	ALTERA2	_____
INFORMAÇÕES SOBRE A CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO TERCEIRO TRIMESTRE <i>(a partir da 27ª semana)</i> <i>*Anotar as informações da última consulta de pré-natal registrada no prontuário</i>		
Data da consulta de pré-natal do terceiro trimestre (segundo trimestre):	DATA PN3	____/____/____
Idade gestacional na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em semanas completas):	IGPN3	_____
Peso na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em gramas):	PESOPN3	_____
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PASPN3	_____
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PADPN3	_____
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN3	_____
Resultado glicemia de jejum consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN3	_____, ____
EQU na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	EQUPN3	_____
Urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	UROPN3	_____
Resultado da urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (0) Negativo (1) Positivo	RUROPN3	_____
Patógeno:	PATOGENO3	_____
Bacterioscopia de fluido/secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) (1) Sim (0) Não	BACTE	_____
Resultado bacterioscopia (0) Negativo (1) Positivo	RBACTE	_____
Resultado:	RESUBA	_____
Realização de exames ultrassonográficos: (1) Sim (0) Não	ULTRAPN3	_____
Alterações:	ALTERA3	_____
INFORMAÇÕES DO PARTO E DO NASCIMENTO <i>(referente à gestação acompanhada no módulo anterior)</i>		
Data do parto:	DATA P	____/____/____
Idade gestacional (em semanas completas):	IGP	_____
Desfechos gestacionais (1) Vivo (2) Aborto (3) Neomorto (4) Natimorto	DESFE	_____
Tipo de parto (1) Normal (2) Cesáreo	PARTOG	_____
Local do parto (1) Maternidade em Marau/Hospital Cristo Redentor (HCR) (2) Maternidade em outro município (3) Em casa	LPARTO	_____
Complicações na gestação e no parto Oligodramnia (1) Sim (0) Não Descolamento prematuro de placenta - DPP (1) Sim (0) Não Amniorrexe prematura (1) Sim (0) Não Eclâmpsia (1) Sim (0) Não Pré-eclâmpsia (1) Sim (0) Não Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não Hemorragia (1) Sim (0) Não Hipertensão arterial (1) Sim (0) Não Síndrome de Hellp (1) Sim (0) Não Outras complicações no parto (0) Não (1) Sim	OLIGO DESCO AMNIO ECLAP PECLAP DMGP HEMOP HASP HELLP OCOMPLI QCOMPLI	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Qual(is):	QCOMPLI	_____
Número de consultas de pré-natal:	NCONSU	_____
Recebeu orientação para aleitamento exclusivo (1) Sim (0) Não	OAME	_____

CRIANÇAS	
Considerar 0-12 anos completos	
Criança (1) Sim (0) Não	CRIA__
Nome da mãe:	NOMEM
Número do prontuário da mãe: OBS: buscar informações no prontuário da mãe, se necessário.	PEPM_____
Peso ao nascer (em gramas):	PESON_____
Comprimento ao nascer (em centímetros):	COMP__
Perímetro cefálico ao nascer (em centímetros):	PC__
Idade gestacional ao nascimento (semanas completas)	IGEN__
Tipo de parto (0) Normal (1) Cesáreo	PARTOC__
APGAR do 1º minuto: __ __	APGAR1__
APGAR do 5º minuto: __ __	APGAR5__
Aleitamento (1) Materno Exclusivo (2) Materno Predominante (3) Materno Misto/Complementado (4) Artificial/Materno Inexistente (5) Nenhum	ALE__
Idade de início do complemento (em meses):	COMPLE__
Introdução alimentar (1) Sim (0) Não	IA__
Idade de início da introdução alimentar (em meses): __ __	IDAIA__
Teste do pezinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	PE__ RPE__ QRPE
Teste do olhinho/Reflexo vermelho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	OLHO__ ROLHO__
Teste da orelhinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	ORE__ RORE__ QRORE
Teste do coraçãozinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	CORA__ RCORA__ QRCORA
Teste da linguinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	LINGUA__ RLINGUA__ QRLINGUA
Periodicidade de consultas médicas nos 2 primeiros anos de vida 1 semana (1) Sim (0) Não 1 mês (1) Sim (0) Não 2 meses (1) Sim (0) Não 4 meses (1) Sim (0) Não 6 meses (1) Sim (0) Não 9 meses (1) Sim (0) Não 12 meses (1) Sim (0) Não 18 meses (1) Sim (0) Não 24 meses (1) Sim (0) Não Acompanhamento irregular (1) Sim (0) Não	PRISE__ UME__ DOME__ QUAME__ SEME__ NOVEME__ DOZEME__ DEZOME__ VINTEME__ IRRE__
Suplementação de Ferro (0) Não (1) Sim. Idade de início (em meses): __ __	FERRO__ IFERRO__
Suplementação de Vitamina D (0) Não (1) Sim. Idade de início (em meses): __ __	VITAD__ IVITAD__
Observações gerais <i>Anotar qualquer outra informação que julgar importante</i>	GERA

ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto no CEP – UFFS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47211821.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.769.903

Apresentação do Projeto:**TRANSCRIÇÃO – RESUMO**

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo e analítico, com abordagem quantitativa de dados secundários, a ser realizado de agosto de 2021 a julho de 2026, tendo como população pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. O estudo objetiva descrever aspectos relacionados à ocorrência de agravos e de morbidade, bem como à assistência à saúde da população. Os dados referentes a características sociodemográficas, comportamentais e de saúde dos pacientes serão coletados dos prontuários eletrônicos da rede de saúde. Espera-se que os resultados gerados possam ser úteis às gerências dos serviços e à gestão de saúde municipal, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e, consequentemente, as condições de saúde da população. Espera-se ainda, fortalecer a inserção da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em âmbito local e regional e colaborar com o desenvolvimento da comunidade, propósitos estes, que fazem parte da missão institucional.

COMENTÁRIOS:

Adequado

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

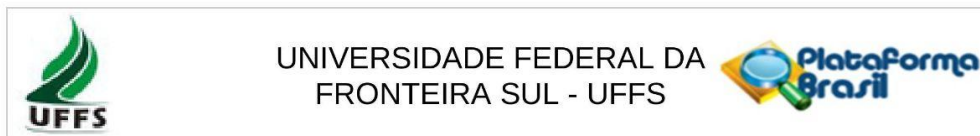
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

Será verificado o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, assim como, uma forte influência das características sociodemográficas e comportamentais sobre sua ocorrência.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário: Descrever aspectos relacionados à ocorrência de agravos e de morbidade, bem como à assistência da população atendida na Atenção Primária à Saúde. Objetivo Secundário: Descrever características sociodemográficas e de comportamento; Descrever os agravos e as doenças mais prevalentes; Analisar a influência de características sociodemográficas e comportamentais sobre a ocorrência de agravos e de doenças; Descrever aspectos técnicos de atendimentos e de procedimentos oferecidos nos serviços; Contribuir para a qualificação dos registros e dos bancos de dados dos serviços de saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

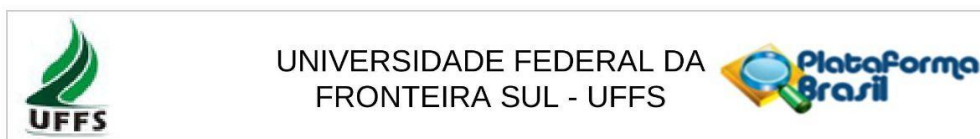
Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Assim como em qualquer projeto de pesquisa que inclua a análise de prontuários, existem riscos inerentes, incluindo a possibilidade de divulgação acidental dos dados de algum participante. Buscando minimizar a probabilidade de ocorrência desse risco, os participantes serão identificados por códigos numéricos nas fichas de coleta e no banco de dados, não sendo coletadas informações que possibilitem a sua identificação. Além disso, a coleta de dados será realizada por

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

acadêmicos da equipe de pesquisa, a partir de acesso específico fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em seus próprios domicílios, em espaço reservado, visando garantir o anonimato e a privacidade dos dados das participantes. No caso de concretização do risco, o estudo será interrompido, o participante será excluído e a SMS será imediatamente comunicada.

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Considerando a natureza do estudo, em que os participantes já terão concluído o seu atendimento, não estão previstos benefícios diretos. Contudo, a participação poderá trazer benefícios indiretos, com a possibilidade do aprimoramento dos serviços de saúde oferecidos à população do município a partir dos resultados obtidos.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

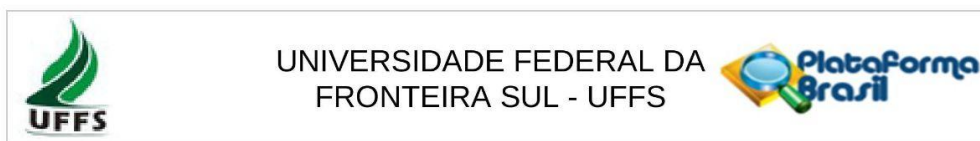
Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Trata-se de uma pesquisa observacional, do tipo transversal descritiva e analítica, com abordagem quantitativa de dados secundários. O estudo será realizado de agosto de 2021 a julho de 2026, tendo como população pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. A amostra probabilística será selecionada por sorteio dentre os pacientes atendidos no ano de 2019 e serão incluídos indivíduos de ambos os sexos e de qualquer idade. Com o propósito de garantir o poder estatístico necessário às análises inferenciais entre as variáveis, o tamanho amostral foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. Assim, para possibilitar a identificação da associação entre os diferentes desfechos (agravos e doenças) e fatores de exposição (características sociodemográficas e comportamentais), considerou-se uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2, totalizando um n de 1.234. Tendo em vista a pretensão de fazer análises globais e, separadamente nas diferentes faixas etárias da população atendida, a amostra final será composta de 1.234 crianças (0-12 anos);

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



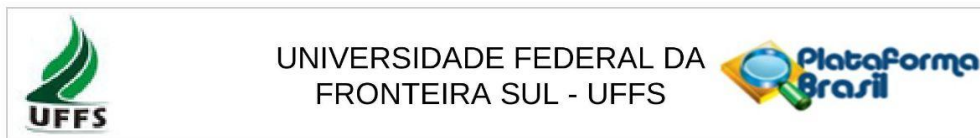
Continuação do Parecer: 4.769.903

1.234 adolescentes (13-19 anos); 1.234 adultos (20-59 anos) e 1.234 idosos (60 anos), perfazendo um total de 4.936 participantes. A listagem dos pacientes atendidos de 01/01 a 31/12/2019 será obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, para cada um dos subgrupos etários definidos, será realizada uma amostragem aleatória, proporcional ao quantitativo de atendimentos em cada uma das 12 unidades de saúde, para composição da amostra final.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

A coleta de dados será realizada pelos acadêmicos da equipe, os quais após treinamento, acessarão mediante login e senha específicos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os prontuários eletrônicos disponíveis no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, transcrevendo os dados para a ficha de coleta (Apêndice A). Os participantes serão identificados por números sequenciais conforme ordem de coleta e não serão coletados dados de identificação. A coleta será realizada nos domicílios dos acadêmicos da equipe, em espaço reservado visando garantir o anonimato e a privacidade dos dados das participantes. Serão obtidos dados sobre características sociodemográficas (sexo, data de nascimento, cor da pele, escolaridade, situação no mercado de trabalho), comportamentais (uso de plantas medicinais e de práticas integrativas e complementares em saúde, prática de atividade física, consumo de tabaco, de álcool e de outras drogas) e de saúde (unidade do atendimento, data de consulta, peso, altura, pressão arterial, internação hospitalar no último ano, morbidades, medicamentos em uso, resultados de exames clínicos, laboratoriais e de imagem e, especificamente para crianças: peso, comprimento e idade gestacional ao nascer; aleitamento materno; introdução alimentar; testes de triagem neonatal e; periodicidade de consultas nos primeiros 2 anos de vida). Esta pesquisa será desenvolvida em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre a ética em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Após a ciência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, o protocolo do estudo será submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. Será solicitada a Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) visto que os atendimentos foram realizados em 2019 e que muitos participantes estão com os dados de contato desatualizados no sistema de prontuários, inviabilizando assim, a obtenção do referido termo. Ainda, a equipe se compromete com o uso adequado dos dados por meio do Termo de Compromisso de Uso de Dados em Arquivo (TCUDA – Apêndice C). Tendo em vista a característica da abordagem, não haverá devolutiva dos

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

resultados aos participantes. Porém, os mesmos serão devolvidos em forma de relatório impresso à SMS e, serão também divulgados em eventos e/ou publicações científicas com garantia de anonimato dos participantes. Os dados coletados no estudo serão armazenados em computador protegido por senha, de uso exclusivo da pesquisadora responsável pelo projeto, por um período de 5 anos. Após este período serão removidos de todos os espaços de armazenamento do equipamento. Ainda, as fichas de coleta utilizadas para transcrição de dados serão armazenadas na sala dos professores da UFFS, em armário da pesquisadora responsável, trancado à chave, por igual período, sendo posteriormente destruídas. A realização da pesquisa é justificada devido à possibilidade de gerar indicadores úteis à gestão de saúde no município no processo de qualificação da assistência, no intuito de melhorar, continuamente, os indicadores de saúde da população.

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Pacientes atendidos no ano de 2019 na Atenção Primária à Saúde de Marau, RS, de ambos os sexos e de qualquer idade.

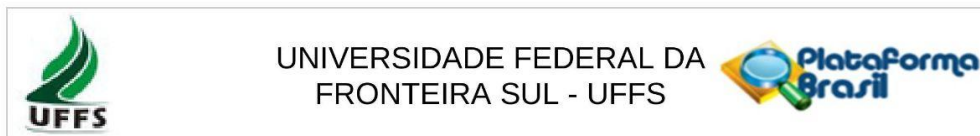
CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Após conferência e codificação, os dados serão duplamente digitados e validados no software EpiData versão 3.1 (distribuição livre). As análises estatísticas serão realizadas no software PSPP (distribuição livre) e compreenderão frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão das numéricas. Ainda, serão calculadas as

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

prevalências dos desfechos (agravos e doenças) com intervalo de confiança de 95% (IC95) e verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (independentes) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Perfil de ocorrência de agravos e morbidade, assim como da assistência à saúde na atenção primária

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 08/2021

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS:

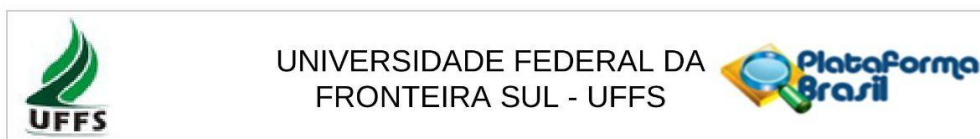
Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO:

Adequada

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Adequada

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):

Adequado

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Adequada

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

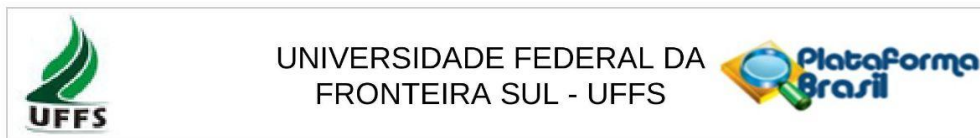
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

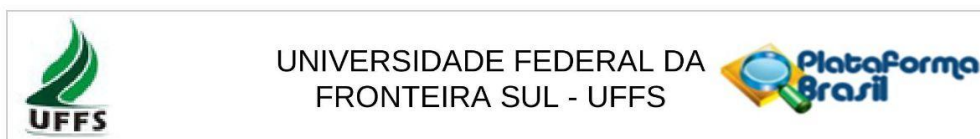
Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.769.903

página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1757378.pdf	19/05/2021 18:24:20		Aceito
Folha de Rosto	CEP_folha_de_rosto.pdf	19/05/2021 18:21:38	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_cienciaSMS.pdf	19/05/2021 14:29:44	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_TCUDA.pdf	19/05/2021 14:29:20	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_dispenda_TCLE.pdf	19/05/2021 14:28:30	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_ficha_coleta.pdf	18/05/2021 13:40:32	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_projeto_completo_Marau.pdf	18/05/2021 13:39:18	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 11 de Junho de 2021

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

A verificação do controle dos pressóricos em pacientes hipertensos é fundamental, uma vez que uma parcela significativa desses indivíduos permanece com a pressão arterial fora das metas recomendadas, mesmo em uso de tratamento medicamentoso. Esse descontrole representa um importante fator de risco para complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Nesse contexto, os principais objetivos deste trabalho tornam-se fundamentais: identificar a prevalência de medidas de PA descontroladas e os fatores relacionados a isso.

Este estudo constitui um recorte da pesquisa intitulada “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”, sob coordenação da Prof^a Dr^a Ivana Loraine Lindeman. O protocolo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), conforme parecer número 4.769.903 (ANEXO II acima). As informações utilizadas neste estudo, provenientes do projeto de pesquisa ao qual está vinculado, foram obtidas entre agosto de 2021 e março de 2022. A coleta foi realizada por meio da análise dos prontuários eletrônicos registrados no sistema G-MUS, plataforma utilizada pelo município de Marau, RS. Para esse fim, foi empregada uma ficha de coleta previamente estruturada pela equipe de pesquisa.

A amostra do estudo maior foi composta por 3.309 participantes, abrangendo adultos e idosos. Enquanto para este estudo, fez-se uma subamostra de pacientes hipertensos, contendo 1.245 participantes. Nesse sentido, a análise dos dados, feita no *software* PSPP, foi iniciada em abril de 2025. Primeiramente, as medidas de Pressão Arterial foram divididas em 2 grupos: um composto por indivíduos com as medidas controladas, e outro composto pelos indivíduos com as medidas descontroladas, seguindo como base a classificação da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (Barroso, 2020). A partir disso, foi verificada a distribuição da prevalência de Pressão Arterial descontrolada (dependente) conforme as variáveis de exposição (independentes), empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se 5% de erro tipo I.

O artigo foi produzido no segundo semestre de 2025, no Componente Curricular de Trabalho de Curso III, conforme as normas da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, disponíveis no link: www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/about.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO DESCONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH UNCONTROLLED BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Paulo Henrique Colussi¹

Roselei Graebin²

Regina Inês Kunz³

¹ Discente do curso medicina, na Universidade Federal da Fronteira Sul - *Campus* Passo Fundo, RS

² Docente especialista do curso de medicina, na Universidade Federal da Fronteira Sul - *Campus* Passo Fundo, RS

³ Docente doutora do curso de medicina, na Universidade Federal da Fronteira Sul - *Campus* Passo Fundo, RS

Paulo Henrique Colussi

Rua Marcelino Ramos, 70, Centro, 99010-160. Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: ph.colussi@estudante.uffs.edu.br

RESUMO

Objetivos: Descrever a prevalência de descontrole de Pressão Arterial (PA) e fatores relacionados em pacientes hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Estudo transversal realizado em Marau, Rio Grande do Sul, com adultos e idosos atendidos na APS no ano de 2019. Os dados foram coletados de prontuários eletrônicos e contemplaram características sociodemográficas, de saúde e comportamentais. Foi calculada a prevalência de medidas de PA descontroladas (variável dependente) com intervalo de confiança de 95% (IC95). Também foi verificada a distribuição da prevalência de medidas de PA fora de meta conforme as variáveis de exposição (independentes) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%. **Resultados:** Na amostra (n=1.245), a prevalência de medidas de PA descontroladas foi de 36,1% (n=1245; IC95 33,5-38,8%), com diferença estatisticamente significativa em relação à idade (44,0% entre adultos; p=0,002) e ao sobrepeso/obesidade (39,0% entre os com sobrepeso/obesidade, p<0,01), e diferença estatística limítrofe em relação ao consumo de álcool (53,6% entre os etilistas, p= 0,05). Além disso, a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na amostra foi de 44,2% IC 95% (42,5-45,9%), e a média de PA entre os hipertensos foi de 128,03 mmHg ($\pm 17,93$) para pressão arterial sistólica, e de 79,98 mmHg ($\pm 11,30$) para pressão arterial diastólica. **Conclusões:** A prevalência de medidas de PA descontroladas é elevada entre os adultos e idosos hipertensos da cidade de Marau-RS, especialmente em indivíduos com sobrepeso/obesidade, adultos e etilistas. **Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Atenção Primária à Saúde; Prevalência; Hipertensão Essencial; Pressão Arterial.

ABSTRACT

Objectives: To describe the prevalence of uncontrolled blood pressure (BP) and related factors among hypertensive patients treated in Primary Health Care (PHC).

Methods: A cross-sectional study was conducted in Marau, Rio Grande do Sul, including adults and older adults seen in PHC in 2019. Data were collected from electronic medical records and included sociodemographic, health, and behavioral characteristics. The prevalence of uncontrolled BP measurements (dependent variable) was calculated with a 95% confidence interval (95% CI). The distribution of out-of-target BP measurements according to exposure (independent) variables was also analyzed using the chi-square test, with a type I error of 5%. **Results:** In the sample (n=1,245), the prevalence of uncontrolled blood pressure measurements was 36.1% (n=1,245; 95% CI: 33.5–38.8%), with a statistically significant difference in relation to age (44.0% among adults; p=0.002) and overweight/obesity (39.0% among those with overweight/obesity; p<0.01), as well as a borderline statistical difference regarding alcohol consumption (53.6% among alcohol consumers; p=0.05). In addition, the prevalence of systemic arterial hypertension (SAH) in the sample was 44.2% (95% CI: 42.5–45.9%), and the mean blood pressure among hypertensive individuals was 128.03 mmHg (± 17.93) for systolic BP and 79.98 mmHg (± 11.30) for diastolic BP. **Conclusions:** The prevalence of uncontrolled BP measurements is high among hypertensive adults and older adults in the city of Marau, RS, especially among individuals who are overweight/obese, adults, and alcohol consumers.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension; Primary Health Care; Prevalence; Essential Hypertension; Blood Pressure.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial (PA), sendo um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Define-se, como hipertenso, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão^{1,2}, o indivíduo com pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, em múltiplas medidas^{1,2}.

A HAS apresenta alta prevalência mundial. Em 2025, estima-se que cerca de 1,4 bilhões de adultos vivem com essa condição³. Embora a meta terapêutica central seja o controle adequado da PA^{1,2}, estudos mostram que uma parcela significativa dos pacientes com diagnóstico não atingem níveis pressóricos satisfatórios^{3,4}.

Sua natureza multifatorial, influenciada por fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos e comportamentais, dificulta tanto sua prevenção quanto seu tratamento⁵, de modo que o manejo eficaz requer intervenções contínuas, envolvendo terapia medicamentosa e mudanças de estilo de vida¹. Nessa ótica, a persistência de fatores de risco está associada ao descontrole pressórico e ao consequente aumento do risco cardiovascular⁵.

Sob essa lógica, o descontrole da PA está associado a maior risco de hospitalizações e de eventos cardiovasculares graves, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiências cardíaca e renal, além de aumento da mortalidade por essas causas^{1,2}. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como espaço estratégico para o diagnóstico, o acompanhamento e a promoção da adesão ao tratamento, o que ajuda a prevenir a ocorrência de desfechos mais graves⁶.

Apesar da ampla produção científica sobre HAS, ainda são escassos os estudos populacionais que investigam o controle da PA entre hipertensos da região norte do Rio Grande do Sul. Diante dessa lacuna, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência do descontrole pressórico e identificar os fatores relacionados em pacientes já diagnosticados com HAS acompanhados na APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com dados secundários provenientes da pesquisa “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”, desenvolvida pela Universidade Federal da Fronteira Sul

(UFFS), e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer nº 4.769.903), em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo foi realizado na em toda a rede de APS do município de Marau, Rio Grande do Sul, e incluiu indivíduos adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais) que tiveram agendamento para atendimentos médicos e/ou de enfermagem entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2019. A identificação dos participantes foi feita por meio do sistema eletrônico G-MUS, acessado mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

A amostra geral da pesquisa maior foi composta por 3.309 indivíduos, número utilizado neste estudo apenas para cálculo da prevalência geral de HAS. Para as demais análises, foram incluídos apenas pacientes de ambos os sexos com diagnóstico clínico registrado de HAS e pelo menos uma medida de PA documentada no prontuário eletrônico no ano de 2019. Foram excluídos os pacientes que evoluíram para óbito ou com informações faltantes para as variáveis de interesse. A amostra final foi composta por 1.245 pacientes.

A variável dependente foi o descontrole da PA, definido como PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg, conforme os critérios estabelecidos pela Diretriz Brasileira de Hipertensão^{1,2}. Consideraram-se os valores aferidos durante os atendimentos médicos ou de enfermagem, registrados no prontuário eletrônico ao longo do período analisado.

Foram consideradas variáveis independentes: sexo, idade (em anos completos e categorizada em 20-59/ $\geq$ 60), cor da pele (dicotomizada em branca/não-branca), escolaridade (em anos, categorizada em ensino fundamental incompleto/ensino fundamental completo ou mais), composição nutricional (categorizado em eutrofia/excesso de peso, de acordo com os pontos de corte do índice de massa corporal), diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e etilismo (sim/não e não infomado).

As análises estatísticas foram realizadas no software PSPP, versão de código aberto. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para caracterização da amostra, e a prevalência de descontrole da PA com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para análise das relações entre a variável dependente e as independentes, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$)⁷.

RESULTADOS

Foi encontrado um total de 1.462 pacientes hipertensos na amostra geral de pacientes, representando uma prevalência de 44,2% IC 95% (42,5-45,9%) de HAS. A Tabela 1 apresenta a caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes hipertensos incluídos no estudo atendidos na APS do município de Marau. Observou-se predominância do sexo feminino (61,9%) e de indivíduos idosos (78,1%). A maioria dos participantes autodeclarou-se de cor branca (75,9%) e, entre os que informaram o grau de escolaridade, 89,6% possuíam ensino fundamental incompleto. Quanto aos fatores de risco e condições associadas, verificou-se alta prevalência de sedentarismo (97,6%), dislipidemia (36,9%), obesidade ou sobrepeso (75,6%) e diabetes mellitus (31,1%). A maioria dos participantes referiu não fazer uso de tabaco (91,6%), nem de bebidas alcoólicas (95,5%). Quanto ao uso de anti-hipertensivos, 78% fazia uso de pelo menos um medicamento desta classe. Esses dados demonstram um perfil de pacientes com múltiplos fatores de risco cardiovascular e baixa escolaridade, o que pode impactar negativamente no controle da HAS.

Tabela 1. Caracterização clínico-epidemiológica de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 (n=1.245)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	474	38,1
Feminino	771	61,9
Faixa etária		
Adultos	273	21,9
Idosos	972	78,1
Cor da pele (n= 1.232)		
Branca	935	75,9
Outras	297	24,1
Escolaridade (n= 885)		
Fundamental incompleto	793	89,6
Fundamental completo ou mais	92	10,4
Sedentarismo		

Sim	1.215	97,6
Não	30	2,4
Dislipidemia		
Sim	459	36,9
Não	786	63,1
Tabagismo		
Sim	104	8,4
Não	1.141	91,6
Etilismo		
Sim	56	4,5
Não	1.189	95,5
Obesidade/sobrepeso (n= 934)		
Sim	706	75,6
Não	228	24,4
Diabetes		
Sim	396	31,8
Não	849	68,2
Uso de anti-hipertensivos		
Sim	971	78,0
Não	274	22,0

Fonte: Própria, 2025.

Em relação ao desfecho, 36,1% (IC95 33,5-38,8) dos hipertensos estavam com a PA descontrolada na APS, com média geral de PA entre pacientes com HAS de 128,03 mmHg ($\pm 17,93$) para PAS, e de 79,98 mmHg ($\pm 11,30$) para PAD. Conforme apresentado na Tabela 2, observou-se diferença estatisticamente significativa na prevalência de PA descontrolada segundo faixa etária (44,0% entre adultos; $p = 0,002$) e presença de sobrepeso/obesidade (39,0% entre os com sobrepeso/obesidade; $p < 0,01$), além de diferença limítrofe em relação ao etilismo (53,6% entre etilistas; $p = 0,05$).

Tabela 2. Prevalência de PA descontrolada, de acordo com características sociodemográficas e de saúde, de uma amostra de pacientes atendidos na APS. Marau, RS, 2019 (n=1.245)

Variáveis	Pressão descontrolada		Pressão controlada		p*
	n	%	n	%	
Sexo					0,057
Masculino	187	39,5	287	60,5	
Feminino	263	34,1	508	65,9	
Faixa etária					0,002
Adultos	120	44,0	153	56,0	
Idosos	330	34,0	642	66,0	
Cor da pele					0,727
Branca	341	36,5	594	63,5	
Outras	105	35,4	192	64,6	
Escolaridade (n= 885)					0,839
Fundamental incompleto	276	34,8	517	65,2	
Fundamental completo ou mais	33	35,9	59	64,1	
Sedentarismo					0,478
Sim	441	36,3	774	63,7	
Não	9	30,0	21	70,0	
Dislipidemia					0,175
Sim	177	38,6	282	61,4	
Não	273	34,7	513	65,3	
Tabagismo					0,09
Sim	39	37,5	65	62,5	
Não	411	36,0	730	64,0	
Etilismo					0,05
Sim	30	53,6	26	46,4	
Não	420	35,3	769	64,7	
Sobrepeso/obesidade (n= 934)					<0,001
Sim	275	39,0	431	61,0	
Não	56	24,6	172	75,4	

					51
Diabetes					0,211
Sim	153	38,6	243	61,4	
Não	297	35,0	552	65,0	
Uso de anti-hipertensivos					0,883
Sim	352	36,3	619	63,7	
Não	98	35,8	176	64,2	

* Teste do qui-quadrado. Fonte: Própria, 2025.

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que 36,1% (IC95 35,5–38,8%) dos pacientes hipertensos acompanhados na APS apresentavam PA descontrolada, o que representa um grande desafio para a saúde pública. Esse percentual, embora elevado, mostrou-se inferior ao relatado em diversos estudos nacionais, com em uma revisão sistemática abrangendo pesquisas realizadas entre 1988 e 2012, que identificou taxas de descontrole pressórico na APS que variaram entre 46,1% e 80,0%, a depender da localidade, do método de aferição e das características dos serviços avaliados⁸.

Recentemente, o estudo EPICO, realizado em 2023 com 7.724 usuários de 322 Unidades Básicas de Saúde no estado de São Paulo, o mais populoso do Brasil, revelou que apenas 55,5% dos pacientes apresentavam PA controlada, o que indica uma taxa de descontrole de 44,5%, superior à encontrada no presente estudo⁹.

A análise dos níveis pressóricos médios da subamostra de hipertensos revelou valores de 128,03 mmHg ($\pm 17,93$) para a PAS e 79,98 mmHg ($\pm 11,30$) para a PAD. Esses valores estão em consonância com achados de estudos nacionais, que apresentam variações tanto superiores quanto inferiores. Em uma investigação que incluiu mais de 2.500 indivíduos hipertensos no Brasil, por exemplo, a média de PA aferida em consultório foi de 133,3 mmHg ($\pm 20,4$) para a PAS e 82,3 mmHg ($\pm 13,2$) para a PAD¹⁰.

Observou-se maior prevalência de descontrole pressórico entre os adultos (44%, $p=0,02$) quando comparados aos idosos. Esse resultado diverge da tendência observada em outros estudos. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), por exemplo, demonstrou que a prevalência de descontrole da PA em indivíduos sob tratamento medicamentoso era maior entre os idosos (60 anos ou mais)¹¹.

Da mesma forma, uma investigação sobre fatores associados ao descontrole pressórico no Brasil identificou que ter mais de 60 anos representava uma chance 31% maior (OR = 1,31) de apresentar PA fora da meta¹². A inversão dessa tendência no município de Marau pode sinalizar particularidades da população atendida na APS local.

Uma hipótese plausível, respaldada pela literatura, é que pacientes idosos, devido ao acompanhamento de saúde mais regular e estruturado, em parte decorrente do monitoramento de outras comorbidades, apresentem maior adesão ao tratamento¹³. Em contrapartida, os adultos mais jovens podem enfrentar maiores barreiras, como a conciliação do tratamento com a rotina de trabalho e uma menor percepção da gravidade da doença, que por ser silenciosa, não gera o mesmo alerta que em populações idosas¹⁴. Este cenário reforça a necessidade de desenvolver abordagens de cuidado específicas para a população adulta, a fim de otimizar o controle da HAS nesta faixa etária, medida crucial para a prevenção de eventos cardiovasculares futuros.

A relação encontrada neste estudo entre sobrepeso/obesidade e o descontrole da PA ($p < 0,01$) é um dos achados mais consistentes e esperados, amplamente corroborado pela literatura científica. O excesso de peso corporal não é apenas um fator de risco para o desenvolvimento da HAS, mas também um obstáculo significativo para o seu controle. Fisiologicamente, o tecido adiposo, especialmente o visceral, é metabolicamente ativo e contribui para a elevação da PA por meio de múltiplos mecanismos, incluindo a ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona, o aumento da reabsorção de sódio nos rins, e a promoção de um estado de inflamação crônica e resistência à insulina, que por sua vez levam à disfunção endotelial e ao enrijecimento arterial¹⁵.

Um estudo multicêntrico que avaliou hipertensos em diversos serviços do país demonstrou que um maior Índice de Massa Corporal (IMC) estava diretamente associado à falta de controle da PA, onde cada aumento de 1 kg/m² no IMC aumentava em 2% a chance de o paciente apresentar a PA descontrolada¹². Outra pesquisa, realizada em um centro de referência em HAS, averiguou que mais de 80% dos pacientes com PA não controlada apresentavam sobrepeso ou obesidade¹⁶.

A elevada prevalência de sobrepeso/obesidade entre pacientes com PA descontrolada reforça a urgência de uma abordagem integrada e multiprofissional na

APS. Ações contínuas e estruturadas de promoção da saúde, como orientação nutricional e incentivo à prática regular de atividade física, são essenciais para a eficácia das estratégias não farmacológicas no controle da HAS. As diretrizes do Ministério da Saúde, especialmente nos Cadernos de Atenção Básica, preconizam o controle do peso como uma das principais intervenções não medicamentosas na assistência à HAS¹⁷.

A relação entre etilismo e descontrole da PA apresentou significância estatística limítrofe ($p = 0,05$), o que ainda assim corrobora achados de outras investigações transversais nacionais. Na comunidade de idosos de Goiânia, o consumo atual de álcool foi associado a menor probabilidade de controle da HAS (OR ajustado = 1,41; IC 95%: 1,00–1,99)¹⁸. De forma consistente, uma pesquisa do ELSA-Brasil, com 7.655 adultos, demonstrou relação dose-resposta significativa: usuários moderados e excessivos apresentaram maior chance de ter a PA descontrolada, com odds ratios ajustados de até 1,69 (moderado) e 2,70 (excessivo) entre os homens, e risco similarmente elevado entre as mulheres¹⁹. Os achados confirmam que o consumo de álcool é um fator de risco modificável que interfere negativamente no controle pressórico e pode explicar parte da prevalência mais alta de PA descontrolada nesse grupo.

Observou-se que 22% dos participantes hipertensos não faziam uso de medicação anti-hipertensiva, o que pode contribuir para compreender a ausência de associação estatisticamente significativa entre o uso de anti-hipertensivos e o controle pressórico ($p = 0,883$) encontrada neste estudo. Este resultado não sugere a ineficácia da terapia farmacológica, que é amplamente documentada na literatura, mas pode apontar para barreiras críticas documentadas na prática clínica: a falta de adesão medicamentosa e a não otimização do tratamento, também conhecida como inércia terapêutica.

Evidências da literatura apontam que, mesmo entre os indivíduos que relatam uso de medicamentos anti-hipertensivos, a adesão efetiva costuma ser baixa no contexto APS. Uma meta-análise com 104 estudos brasileiros, envolvendo 38.299 pacientes, estimou uma taxa média de adesão medicamentosa de apenas 44,4% (IC 95%: 39,1–49,9%)²⁰.

A subutilização de ajustes terapêuticos em pacientes com PA descontrolada é um dos principais componentes dessa inércia clínica. Em um estudo realizado na APS de Joinville (SC), verificou-se que, ao longo de 12 meses, a PA esteve elevada

em 1.295 ocasiões, porém houve incremento terapêutico em apenas 156 delas (12%)²¹. Esse achado evidencia uma falha na revisão ativa do tratamento, que pode comprometer o controle pressórico mesmo entre pacientes em uso regular de anti-hipertensivos.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Trata-se de uma pesquisa baseada em dados secundários de prontuários eletrônicos, o que pode ter implicado em registros incompletos ou inconsistentes e, conseqüentemente, em possíveis vieses de informação. Além disso, por ter caráter transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis estudadas, apenas relações.

Outro ponto relevante é que a população analisada corresponde a um único município, o que pode restringir a generalização dos achados para outras realidades. Ainda, fatores comportamentais e socioeconômicos não registrados sistematicamente nos prontuários não puderam ser plenamente avaliados, o que limita a compreensão mais ampla dos determinantes do descontrole pressórico.

CONCLUSÕES

Os achados deste estudo revelam uma elevada prevalência de PA descontrolada entre adultos e idosos atendidos na APS de Marau (RS), evidenciando vulnerabilidades em subgrupos específicos, como adultos mais jovens, etilistas e indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Um ponto de especial relevância foi a observação de que mesmo entre os usuários de anti-hipertensivos a taxa de descontrole permaneceu alta, sugerindo que a simples prescrição é insuficiente. Este cenário pode indicar desafios na prática clínica, notadamente a baixa adesão terapêutica e a possível inércia na otimização do tratamento, o que demanda maior vigilância e revisão contínua da farmacoterapia.

Nesse contexto, os resultados reafirmam a necessidade de estratégias de cuidado que transcendam a abordagem puramente medicamentosa, integrando ações de promoção da saúde, controle de peso e educação continuada do paciente. O estudo serve, portanto, como um subsídio estratégico para gestores e profissionais da APS, fundamentando o planejamento de ações direcionadas à melhoria dos indicadores de controle pressórico e, conseqüentemente, à redução da morbimortalidade cardiovascular no município.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Paulo Henrique Colussi - Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise dos dados e na elaboração do manuscrito.

Regina Inês Kunz - Orientou a concepção e desenho do estudo, a análise dos dados e a elaboração do projeto.

Roselei Graebin - Realizou a revisão final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores não possuem quaisquer conflitos de interesse relacionados à execução deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.
2. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.
3. World Health Organization. WHO Global Hypertension Report 2025 [Internet]. Genebra: WHO; 2025 [citado 27 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/09/23/default-calendar/launch-of-the-who-global-hypertension-report-2025>
4. Jardim TV, Souza ALL, Barroso WKS, Jardim PCBV. Controle da Pressão Arterial e Fatores Associados em um Serviço Multidisciplinar de Tratamento da Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2020;115(2):174-81.
5. Yugar-Toledo JC, Júnior HM, Gus M, Rosito GBA, Scala LCN, Muxfeldt ES, et al. Brazilian position statement on resistant hypertension – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020;114(3):576-96.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 110 p.
7. Pearson K. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. Philos Mag. 1900;50(302):157-75.
8. Pinho NA, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. Arq Bras Cardiol. 2013;101(3):e65-e73.
9. Fonseca HAR, Izar MCO, Drager LF, Pinto IM, Saraiva JFK, Ferreira JFM, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease at Community Clinics in the State of Sao Paulo, Brazil: Results from the Epidemiological Information Study of Communities. Global Heart. 2023;18(1):24.
10. Miranda RD, Brandão AA, Barroso WKS, Mota-Gomes MA, et al. Registro nacional do controle da hipertensão arterial avaliado pela medida de consultório e residencial no Brasil: Registro LHAR. Arq Bras Cardiol. 2023;120(8):e20220863.

11. Vieira MA, Felisbino-Mendes M, Velásquez-Meléndez JG. Factors associated to uncontrolled hypertension in Brazilian adults: National Health Survey. *Eur J Public Health*. 2020;30(Suppl 5):ckaa165.405.
12. Araújo TP, Borges LGS, Barroso WKS, Brandão AA, Barbosa ECD, Feitosa ADM, et al. Factors associated with uncontrolled blood pressure in hypertensive Brazilians. *Clin Exp Hypertens*. 2022;44(6):556-563.
13. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(suppl 2):10s.
14. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis*. 2009;19(4):989-1006.
15. Dorrestijn JAN, Visseren FLJ, Spiering W. Mechanisms linking obesity to hypertension. *Obes Rev*. 2012;13(1):17-26.
16. Vanelli CP, Costa MB, Colugnatti FAB, Pinheiro HS, Paula EA, Simão CCAL, et al. Dialogue between primary and secondary health care providers in a Brazilian hypertensive population. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(9):799-805.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
18. Sousa ALL, Batista SR, Sousa AC, Pacheco JAS, Vitorino PVO, Pagotto V, et al. Hypertension prevalence, treatment and control in older adults in a Brazilian capital city. *Arq Bras Cardiol*. 2019;112(3):271-278.
19. Santana NMT, Mill JG, Velasquez-Melendez G, Moreira AD, Barreto SM, Viana MC, et al. Consumption of alcohol and blood pressure: results of the ELSA-Brasil study. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190239.
20. Coelho JC, Guimarães MCLP, Vaz AKMG, Meira KC, Santos J, Lee RJW, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2024;29(8):e19282022.
21. Hoepfner C, Franco SC. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(2):223-229.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou uma elevada prevalência de descontrole da PA entre os pacientes hipertensos acompanhados na Atenção Primária à Saúde do município de Marau (RS). A análise dos fatores relacionados permitiu identificar que aspectos como excesso de peso, etilismo e idade menor do que 60 anos estiveram relacionados a piores níveis pressóricos.

Esses resultados reforçam a importância da atuação contínua da equipe multiprofissional no acompanhamento dos pacientes hipertensos, com ênfase em estratégias de educação em saúde, promoção de hábitos de vida saudáveis e monitoramento sistemático da adesão terapêutica. Tais ações são fundamentais para o fortalecimento do cuidado longitudinal e para a redução de complicações cardiovasculares associadas à HAS.

Sugere-se que estudos futuros, com abordagem longitudinal e amostras mais amplas, possam aprofundar a compreensão sobre os determinantes do descontrole pressórico e avaliar intervenções voltadas à melhoria do manejo da HAS na APS.

Conclui-se que o fortalecimento das ações educativas e de acompanhamento contínuo é essencial para alcançar o controle adequado da PA e, consequentemente, para a redução da morbimortalidade cardiovascular entre os pacientes hipertensos.