

**USUÁRIOS HIPERTENSOS: CAUSAS E FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO*****HYPERTENSIVE USERS: CAUSES AND FREQUENCY OF VISITS TO AN EMERGENCY CARE UNIT******USUARIOS HIPERTENSOS: CAUSAS Y FRECUENCIA DE VISITAS A UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA***

Gisele de Souza Pinto<sup>1</sup>  
Helena Nayara Santos Pereira<sup>2</sup>  
Ana Júlia Camargo<sup>3</sup>  
Rafaela Carla Piotto Rodrigues<sup>4</sup>  
Sílvia Carla da Silva André Uehara<sup>5</sup>

<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-0548-5030

<sup>2</sup> ORCID: 0000-0002-6766-4907

<sup>3</sup> ORCID: 0000-0002-5489-8309

<sup>4</sup> ORCID: 0000-0001-8587-3115

<sup>5</sup> ORCID: 0000-0002-0236-5025

<sup>1,2,3,4,5</sup> Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil

**Autor correspondente**

Helena Nayara Santos Pereira

Avenida Caramuru, 2550, AP 1004 torre B –  
Ribeirão Preto -SP, Brasil. E-mail:  
helena.n.btu@gmail.com

**Submissão:** 24-04-2023

**Aprovado:** 10-04-2024

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o perfil demográfico e clínico e a frequência de usuários hipertensos atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento e relacionar com a adesão em Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Pesquisa descritiva e documental. Foram analisados os atendimentos de hipertensos em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de São Carlos- SP. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva; teste de qui-quadrado e regressão logística. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram analisados 1564 prontuários, sendo 61% (954) mulheres e 28% (440) estavam na faixa etária de 50 a 59 anos. Destes, 65% (1017) eram assintomáticos para a hipertensão arterial sistêmica; 35% (553) dos atendimentos foram considerados frequentes entre os residentes em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família. A variável sexo apresentou associação com a frequência de atendimento na unidade de pronto atendimento,  $p < 0,05$ . **Conclusão:** Considera-se a necessidade de fortalecer o vínculo entre usuários e as Redes de Atenção à Saúde e organizar um fluxograma de atendimento construído pela equipe multiprofissional. **Contribuições para a prática:** ferramenta para refletir e repensar o fluxo de atendimento dos pacientes com hipertensão e de seus agravamentos, assim como analisar a demanda de uma unidade de pronto atendimento e auxiliar na estruturação da Rede de Atenção à Saúde.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Enfermagem de Atenção Primária.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the demographic and clinical profile and the frequency of hypertensive users assisted in an Emergency Care Unit and relate it to enrollment in the Family Health Strategy. **Methods:** Descriptive and documentary research. Attendances of hypertensive patients to an Emergency Care Unit were analyzed. Data were analyzed using descriptive statistics; chi-square test and logistic regression. The research was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** 1564 medical records were analyzed, 61% (954) women and 28% (440) were in the age group of 50 to 59 years. Of these, 65% (1017) were asymptomatic for systemic arterial hypertension; 35% (553) of visits were considered frequent among residents in areas covered by the Family Health Strategy. The gender variable was associated with the frequency of attendance at the emergency care unit,  $p < 0.05$ . **Conclusion:** There is a need to strengthen the link between users and the Health Care Networks and organize a care flowchart built by the multidisciplinary team. Contributions to practice: tool to reflect and rethink the flow of care for patients with hypertension and its aggravations, as well as to analyze the demand for an emergency care unit and assist in structuring the Health Care Network.

**Keywords:** Hypertension; Family Health Strategy; Primary Health Care; Chronic Disease; Primary Care Nursing

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el perfil demográfico, clínico y la frecuencia de los usuarios hipertensos atendidos en una Unidad de Atención de Emergencia y relacionarlo con la inscripción en la Estrategia de Salud de la Familia. **Métodos:** Investigación descriptiva y documental. Se analizó la asistencia de pacientes hipertensos a una Unidad de Atención de Emergencia. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva; prueba chi-cuadrado y regresión logística. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Se analizaron 1564 historias clínicas, 61% (954) mujeres y 28% (440) estaban en el grupo de edad de 50 a 59 años. De estos, el 65% (1017) estaban asintomáticos para hipertensión arterial sistémica; El 35% (553) de las visitas fueron consideradas frecuentes entre los residentes en las áreas de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. La variable sexo se asoció con la frecuencia de asistencia a la unidad de atención de emergencia,  $p < 0,05$ . **Conclusión:** Existe la necesidad de fortalecer el vínculo entre los usuarios y las Redes de Atención a la Salud y organizar un flujo de atención construido por el equipo multidisciplinario. Aportes para la práctica: herramienta para reflexionar y repensar el flujo de atención al paciente con hipertensión arterial y sus agravantes, así como para analizar la demanda de una unidad de atención de emergencia y auxiliar en la estructuración de la Red de Atención a la Salud.

**Palabras clave:** Hipertensión; Estrategia de Salud de la Familia; Primeros auxilios; Enfermedad crónica; Enfermería de Atención Primaria.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel importante na assistência às pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), devido à sua estrutura, à proposta de trabalho/ação e à proximidade com as pessoas da área adscrita, além de dispor de meios e de instrumentos para o desenvolvimento de ações que sejam eficazes e consigam intervir e melhorar a qualidade de vida das pessoas<sup>1</sup>.

A HAS é considerada uma das principais Doença Crônica Não Transmissíveis (DCNT), apresenta alta morbimortalidade e impactos econômicos e na qualidade de vida dos portadores. A necessidade de tratamento medicamentoso contínuo, mudança no estilo de vida e o acometimento de pacientes idosos, contribuem para a descontinuação do tratamento e por consequência, o descontrole da doença<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que no ano de 2013 a HAS atingiu 1 bilhão de pessoas no mundo, sendo um fator de risco relevante para óbitos e inaptidão no mundo, além de ser responsável por provocar cerca de 9,4 milhões de mortes todo ano. No Brasil, a doença acomete 60% dos idosos<sup>3-5</sup>.

Nesse contexto, a assistência oferecida na ESF aos usuários com diagnóstico de HAS deve enfatizar o plano terapêutico individual e coletivo, visando garantir a adesão do usuário ao tratamento. Devido ao descontrole de níveis pressóricos e a dificuldade de adesão aos tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, os usuários recorrem aos serviços de urgência e emergência como as

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas apresentando sintomas, que inicialmente, deveriam ser assistidos na ESF ou demais serviços da Atenção Primária à Saúde (APS); no entanto, a preferência pelos serviços de emergência pode estar relacionada à solução imediata das necessidades<sup>5-7</sup>.

Em um estudo realizado na Unidade de Saúde Parque dos Maias/SC, sobre as dificuldades de adesão ao tratamento anti-hipertensivo sob o ponto de vista dos usuários, destacam-se que muitos hipertensos faziam uso de medicamento apenas quando a pressão estava elevada (relacionam sintomas como a cefaleia e náuseas ao aumento da pressão arterial); a impressão de cura da HAS influencia no abandono dos fármacos, quando, na realidade, a pressão está controlada; a tristeza por tomar remédios continuamente, faz com que os pacientes sintam-se dependentes; e, o aparecimento de sintomas adversos dos fármacos como disfunção erétil e tosse; dieta hipossódica; além da falta de medicamento gratuito na unidade de saúde contribuem para dificultar a adesão e seguimento do paciente hipertenso<sup>7</sup>.

A falta de adesão ao tratamento da HAS pelo usuário pode elevar o número de casos de crises hipertensivas, que podem ser divididas em duas categorias: emergências hipertensivas que podem ou não acarretar em danos agudos aos órgãos alvos e requer uma redução imediata da pressão arterial e as urgências hipertensivas que também podem causar danos; porém, com menor prevalência e podem ser tratadas com redução da pressão arterial em horas e até dias<sup>8</sup>.

Os hipertensos ao buscarem as UPAs contribuem para uma sobrecarga no atendimento; e, por outro lado, os usuários que não aderem ao tratamento correm o risco de receber um diagnóstico equivocado de crise hipertensiva, e como consequência, podem ser prescritas medicações desnecessárias que acarretam prejuízos no estado de saúde atual<sup>5</sup>. Assim, os usuários hipertensos que mais utilizam serviços de urgência são do sexo feminino, cor branca, idosos e apresentam cefaleia, tontura, dor precordial, mal-estar, náuseas, epistaxe e vômitos<sup>3,6,9</sup>.

Dessa maneira, observa-se a necessidade de adotar medidas que visem diminuir a superlotação das emergências, sendo fundamental a qualificação da rede de atenção aos hipertensos, definindo um fluxo assistencial com outros serviços de referência, como o fortalecimento das ESF, de forma a direcionar a UPA casos que necessitem de uma assistência de maior complexidade<sup>10,11</sup>.

O perfil demográfico e clínico dos usuários hipertensos em uma UPA são descritos na literatura<sup>3, 11,12</sup>; porém, ainda, persistem lacunas especialmente no que se refere à frequência desses usuários, bem como se pertencem a área de abrangência de uma ESF. Assim, com vistas a minimizar essa lacuna do conhecimento, este estudo teve como objetivo analisar o perfil demográfico e clínico e a frequência de usuários hipertensos atendidos em uma UPA e relacionar com a adscrição em ESF.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo e documental, utilizando-se variáveis quantitativas para o levantamento de dados. Este estudo foi realizado em uma UPA do município de São Carlos- SP. Na área da saúde, a APS do município é composta por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 22 Estratégia de Saúde da família (ESF)<sup>13</sup>. Em relação ao nível secundário de assistência à saúde, o município possui três UPA's, e quanto ao nível terciário há três hospitais<sup>13</sup>.

A escolha da UPA onde foram coletados os dados foi intencional, por estar localizada em uma área de alta densidade populacional, abrigando em média 70 mil habitantes<sup>11</sup>; além de ser considerada uma região de elevada vulnerabilidade social. Atualmente, nessa região há seis ESF, uma UBS e uma UPA 24 horas<sup>12</sup>.

Para a coleta de dados deste estudo foram utilizados os dados secundários individuais, registrados na ficha de atendimento, incluída no prontuário do usuário, referente ao período de 01 de setembro de 2019 a 29 de fevereiro de 2020. Nessa ficha foram coletados os dados referentes a idade, sexo, endereço, queixas apresentadas, nível pressórico e classificação de risco.

Em relação à classificação de risco, a UPA, local deste estudo, utiliza uma classificação de risco adaptada do Sistema de Triagem Manchester, que identifica o estado de saúde do indivíduo em quatro níveis de gravidade: vermelho (emergente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente)<sup>14</sup>. Foram agrupados neste estudo como não urgente as

cores azul e verde e como urgentes as cores amarelo e vermelho. Ressalta-se que o protocolo de Manchester adota o sistema de priorização de atendimento pautados em cinco classificações: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente)<sup>14</sup>.

Também, foram definidos os critérios de inclusão como fichas de atendimento referentes a usuários com diagnóstico prévio de HAS no período definido do estudo, idade igual ou maior que 18 anos que procuraram assistência na UPA nos três períodos de funcionamento (manhã, tarde, noite), além de apresentarem PA acima de 140/90 mmHg. Para os critérios de exclusão foram definidas as fichas de atendimento que não informaram o local de residência, sexo e idade.

Ressalta-se que a partir dos dados referentes aos endereços dos usuários, foi possível classificar de acordo com os bairros de procedência e se correspondiam a área de abrangência de uma ESF. Os usuários também foram classificados segundo a frequência na UPA como pouco frequente ( $\leq 2$  visitas durante 6 meses) e frequente ( $>2$  ou mais visitas durante 6 meses), critérios esses adaptados de acordo com outros estudos realizados sobre o tema<sup>15-17</sup>.

A variável dependente do estudo foi considerada o tipo de usuário em relação à procura pelos serviços (frequente: $>2$  consultas/6mesesUPA e pouco frequente:  $\leq 2$  consultas/6mesesUPA). As variáveis independentes analisadas foram as características

sociodemográficas, tais como sexo, idade e classificação de risco (urgente/não urgente).

Inicialmente, os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, examinando as frequências e medidas de tendência central. O teste de qui-quadrado foi utilizado para avaliar se as variáveis independentes possuíam correlação com a variável dependente, considerando o nível de significância de 5%. A análise de regressão logística foi utilizada para avaliar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre a variável dependente. Nela, foram testadas todas as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ , permanecendo no modelo aquelas com  $p \leq 0,05$ . Também, foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow que avaliou se as probabilidades preditas desviavam das probabilidades observadas de uma forma que a distribuição binomial não prediz. As análises foram realizadas no SPSS versão 23.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o número/ano 25901019.0.0000.5504/2019.

## RESULTADOS

No período da investigação foram analisadas 1921 fichas de atendimento de pessoas que se autodeclararam ser hipertensas e que procuraram atendimento em uma UPA. Foram excluídas 18,6% (357) fichas por não apresentarem informações sobre endereço, sexo e idade, sendo incluídas 1.564 fichas de atendimento. Os dados foram analisados

considerando o número de atendimento e não de usuários, uma vez que a mesma pessoa poderia buscar atendimento na UPA diversas vezes; porém, apresentando diferentes queixas.

Foram analisados 1564 prontuários de paciente hipertensos atendidos na UPA, das quais identificou-se que 61% (954) eram mulheres. Os atendimentos mais frequentes dentro da população do estudo concentraram-se na faixa etária de 50 a 59 anos, totalizando 28% (440), seguidos pelas faixas etárias de 60 a 69 anos, com 21% (331) dos atendimentos. Entre os mais jovens, na faixa etária de 18 a 29 anos, apenas 4% (63) necessitaram de atendimento, enquanto as pessoas com mais de 70 anos representaram 15% (228) dos casos atendidos.

Em relação à sintomatologia, 65% (1017) eram assintomáticos para a HAS; porém, apresentavam queixas diversas. As queixas foram agrupadas em 22 grupos, destacando-se que 17% (270) dos usuários referiram sentir algum tipo de algia. Com relação ao grupo denominado “outras” inclui queixas distintas como acidentes com animais, alergias, prurido, nódulos, abcesso, parestesia, formigamento, perda de sensibilidade, infecções de vias aéreas, dentre outras e a somatória não alcançava 1%. Considerando as principais queixas dos usuários hipertensos atendidos na UPA, destacam-se a lombalgia (8%), epigastralgia / dor abdominal (9%), cefaleia (10%) e algia diversa (17%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil de atendimento de usuários hipertensos em uma Unidade de pronto atendimento quanto a sintomatologia e principais queixas. São Carlos, SP, Brasil, 2020

Sintomatologia	N	(%)
Assintomático	1017	65
Sintomático	547	35
<b>Principais queixas</b>		
Algia adversa	270	17
Cefaleia	153	10
Epigastralgia/dor abdominal	144	9
Lombalgia	119	8
Dorsalgia	71	5
Cefaleia e náusea	57	4
Dispneia	55	4
Algia adversa e cefaleia	53	3

Tosse	51	3
Vertigem	43	3
Crises adversas	42	3
Precordialgia	41	3
Mal estar	39	2
Mal estar e cefaleia	34	2
Dor de garganta	28	2
Êmese	26	2
Algia em flanco	24	2
Tosse e dispneia	20	1
Tosse e cefaleia	19	1
Controle Pressórico	18	1
Epigastralgia/dor abdominal e cefaleia	16	1
Outras	241	15
Total	1564	100

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

Com relação a classificação de risco e valores pressóricos dos usuários que buscaram atendimento na UPA, 90% (1409) dos usuários hipertensos foram classificados como não

urgente sendo que 54% (845) apresentavam valor pressórico referente à HAS estágio 1 (Tabela 2).

**Tabela 2-** Classificação de risco e valores pressóricos de usuários hipertensos de uma UPA no município de São Carlos-SP. São Carlos-SP, 2020.

Classificação de risco	N	(%)
Não urgente	1409	90
Urgente	156	10
Total	1564	100

**Classificação da hipertensão**      **PAS (mmHg)**      **PAD (mmHg)**



Hipertensão estágio 1	140-159	90-99	845	54
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109	469	30
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110	250	16
Total			1564	100

Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

Sobre a frequência dos atendimentos de usuários hipertensos à UPA, destaca-se que 56% (876) dos pacientes foram considerados como frequentes, desse grupo, 35% (553) residem em área de abrangência de ESF, enquanto 21% (323) não residem.

De acordo o teste de qui-quadrado e regressão logística, a única variável que apresentou associação com a frequência de atendimento de um paciente hipertenso em uma UPA foi o sexo  $p < 0,05$  (Tabela 3).

**Tabela 3** - Análise do teste qui-quadrado e regressão logística. São Carlos-SP, 2020.

Variáveis	Frequência dos atendimentos				p*	p†
	Frequente		Pouco Frequente			
Sexo	(n)	(%)	(n)	(%)		
Masculino	383	(24)	227	(15)		
Feminino	493	(32)	461	(29)		
Total	876	(56)	688	(44)	0,000016	0
<b>Idade</b>						
18 - 29	30	(2)	33	(2)		
30 - 39	112	(7)	71	(5)		
40 - 49	173	(11)	146	(9)		
50 - 59	254	(16)	186	(12)		
60 - 69	174	(11)	157	(10)		
70 ou mais	133	(9)	95	(6)		
Total	876	(56)	688	(44)	0,233619	0,936
<b>Urgência</b>						
Urgente	91	(6)	64	(4)		
Não-Urgente	785	(50)	624	(40)		
Total	876	(56)	688	(44)	0,475638	0,537

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

\* Teste de Qui-quadrado, valor de p considerando significativo abaixo de 0,05

† Regressão logística de Hosmer e Lemeshow, valor de p significativo abaixo de 0,05

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que as mulheres hipertensas são mais frequentes em uma UPA, tal fato pode estar relacionado ao fato de as mulheres culturalmente procurarem com mais constância os serviços de saúde. No Brasil, 73,6% dos atendimentos realizado em uma UPA 24 horas eram do sexo feminino<sup>7</sup>. Já em um serviço privado de pronto atendimento do interior paulista, a população feminina representava 58,4% dos atendimentos<sup>10</sup>. Já em um outro contexto, em Nova Iorque, em dois departamentos de emergência, mostrou que 52,2% dos atendimentos eram do sexo masculino<sup>19</sup>.

Nesse contexto, vale ressaltar que as mulheres vivem mais e conseqüentemente, estão mais propensas às doenças crônicas e seus agravos, além disso as mulheres apresentam uma preocupação maior do que os homens em relação a sua condição de saúde, ou seja, a dificuldade e resistência do homem em identificar suas próprias necessidades em saúde, bem como procurar o serviço de saúde<sup>7,20,21</sup>.

Em relação à faixa etária, o percentual elevado de pessoas com diagnóstico de HAS com menos de 60 anos, pode estar associado ao estilo de vida como maus hábitos alimentares e sedentarismo. A prevalência de hipertensos na faixa etária acima de 40 anos apresenta uma correlação linear, ou seja, quanto maior a idade maior a prevalência de hipertensos<sup>22</sup>. No cenário internacional, um estudo americano mostrou que a maior prevalência de HAS está na população com mais de 45 anos. Tal fato também está

associado ao processo de envelhecimento vascular que culmina no enrijecimento dos vasos devido ao aumento da espessura de sua parede, levando ao aumento da pressão arterial; mas também está relacionado ao estilo de vida dessas pessoas<sup>7,10</sup>.

Considerando que a maior prevalência dos atendimentos está concentrada em mulheres, estudo realizado no Núcleo de Cardiologia situado no Centro de Reabilitação das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, mostra uma maior prevalência de HAS em mulheres acima de 50 anos e na pós-menopausa, situação que pode ser explicada pelas mudanças hormonais<sup>23</sup>. Ressalta-se que o risco para comprometimento cardiovascular em mulheres está associado a alguns fatores como uso de contraceptivos orais, síndrome dos ovários policísticos, obesidade e tabagismo, podendo apresentar complicações ainda na juventude<sup>24</sup>.

No contexto de uma crise hipertensiva, os sintomas geralmente apresentados são cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia e déficit neurológico (diminuição da força muscular/dormência)<sup>25</sup>. Ressalta-se que uma urgência hipertensiva é definida pela elevação crítica da PA, em geral pressão arterial diastólica  $\geq 120$ mmHg, mas sem comprometimento de órgãos-alvo. Já as emergências hipertensivas são caracterizadas por uma elevação crítica da PA com quadro clínico grave e risco iminente de morte, necessitando de redução imediata da PA<sup>25</sup>. Entretanto, ressalta-se que as pessoas podem estar com PA elevada e não apresentar sintomas que estejam correlacionados com uma



crise hipertensiva, mas ao fato de apresentarem alguma algia no momento do atendimento.

Em uma UPA de Goiânia, 38,7% (43) dos usuários hipertensos relacionaram seus sintomas com a PA elevada, referindo cefaleia, mal-estar e dor abdominal. Estudo realizado em Campina Grande, em 2017, mostrou que 49% dos usuários com quadro hipertensivo apresentavam-se assintomáticos, resultado análogo ao observado neste estudo<sup>7</sup>.

No Município de Campina Grande, na Paraíba, em 2017, foi verificado que a cefaleia (21%) foi o principal sintoma referido por pessoas com HAS nos serviços de urgência, seguida pela dor precordial 12,3% e náuseas 9,8%, também foram reportados sintomas como vertigem, dispneia, dor epigástrica, parestesia e dor abdominal<sup>20</sup>.

Em Piracicaba, uma das UPAs da cidade apresentou que 45,9% (347) de usuários, incluindo hipertensos, que buscaram atendimento foram classificados como necessidades pouco e/ou não urgentes, refletindo em uma superlotação desse serviço<sup>26</sup>.

No cenário norte-americano, 60% de casos hipertensos de um serviço de saúde de urgência foram classificados como não urgentes<sup>19</sup>. A procura por serviços de urgência por usuários em condições clínicas passíveis de serem solucionadas na APS reflete também na dificuldade de adesão ao tratamento da HAS, podendo estar também associada à prática da automedicação.

O sucesso do tratamento da HAS depende da adesão do usuário aos tratamentos

medicamentoso e não-medicamentoso. Nesse cenário, a dificuldade de adesão ao tratamento medicamento e mudanças no estilo de vida impactam diretamente na agudização da doença, o que leva as pessoas a procurem uma UPA. Essa situação pode gerar uma sobrecarga no sistema de saúde, em especial na atenção especializada e hospitalar, especialmente pela cultura do modelo curativista e medicocentrado ainda prevalente no sistema de saúde, bem como pelo desconhecimento do funcionamento da rede de atenção à saúde<sup>20,27,28</sup>.

Ressalta-se que um estudo sobre a caracterização de usuários hipertensos atendidos em uma UPA, evidenciou que os usuários alegaram não procurar atendimento em uma ESF devido a necessidade de um atendimento de maior complexidade, bem como devido à falta de médicos<sup>7</sup>.

Nesse contexto, torna-se necessário repensar a assistência oferecida às pessoas hipertensas nas ESF, com o intuito de fortalecer o atendimento horizontal desse usuário no sistema de saúde, e por conseguinte minimizar a sobrecarga de atendimento da rede de urgência e emergência.

Em Chapecó-SC, 54% dos prontuários de pessoas hipertensas analisados referiam à HAS estágio 1<sup>5</sup>, corroborando os resultados deste estudo. Já uma pesquisa realizada em Pelotas-RS inferiu que a utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência está relacionado com a dificuldade de acesso aos serviços da APS, especialmente devido ao horário de funcionamento e dificuldades para a realização

de agendamentos<sup>7</sup>.

A literatura também mostra que parte de adultos jovens buscam atendimentos nos serviços de saúde de urgência devido à rapidez e agilidade do acolhimento, garantindo uma prescrição médica. Esse perfil populacional relata sentir-se saudável mesmo buscando assistência em um serviço de saúde de urgência, demonstrando que não reconhecem as características de atendimento do local em que estão frequentando, bem como da rede de saúde<sup>29</sup>.

Para que esses usuários hipertensos tenham um acompanhamento longitudinal no seu tratamento, faz necessário um fortalecimento da rede de atenção à saúde local e que esteja organizada com o objetivo de estabelecer suas linhas de cuidados, qualificando a atenção nos diversos pontos da rede, construído com a participação das diferentes categorias profissionais. Diversos fatores dificultam a adesão ao tratamento por parte do hipertenso e têm como consequência os agravos inerentes dos níveis pressóricos elevados. Entre eles, fatores intrínsecos ao indivíduo como renda e morar acompanhado, e fatores relacionados à unidade de saúde como dificuldades de acesso por problemas com a estrutura física e organizacional e na capacitação de recursos humanos<sup>30</sup>.

### Limitações do estudo

Ressalta-se como a principal limitação a qualidade dos registros nos prontuários físicos, condição essa que levou à exclusão de 18,6%. Os

registros eram incompletos e muitas informações não preenchidas, ressaltando a importância de ações para a melhoria da qualidade do registro de informações, para obter um banco de dados qualificados, que reflete diretamente no planejamento das ações de saúde.

### CONCLUSÕES

Conclui-se que a maioria dos usuários hipertensos que procuraram assistência em uma UPA no período de 6 meses era do sexo feminino, faixa etária entre 50 e 59 anos, assintomáticos para hipertensão, classificados como não urgente, com níveis pressóricos em estágio I e 59% (930) eram oriundos de uma área de abrangência de ESF. De acordo com os testes estatísticos, o sexo feminino está associado a maior procura de hipertensos por atendimento na UPA.

### REFERÊNCIAS

1. Maia JDS, Silva AB, Melo RHV, Rodrigues MP, Junior AM. A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Ciência Plural*. [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 17]; 4 (1):81–97. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13634>
2. Freitas PS, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 17]; 23 (7):2383–92. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/dgn9SZy3sPNZ9ynwRcbqGpw/?lang=pt>
3. Organização Pan-Americana da saúde. Mundo tem mais de 700 milhões de pessoas com hipertensão não tratada. Organização Pan-

- Americana da Saúde [Internet]. 2021 [cited 2023 Fev 17]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021-mundo-tem-mais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada>
4. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol [Internet]. 2021 [cited 2023 Fev 17]; 116(3):516-658. Available from: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>
  5. Gomes ET, Bezerra SMMS. Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hiperdia. ABCS Health Sciences [Internet]. 2018 [cited 2023 Fev 17]; 43(2). Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/1076>
  6. Siqueira DA, Riegel F, Tavares JP, Oliveira MG, Crossetti MGOG, Arruda LS. Caracterização dos pacientes atendidos com crise hipertensiva num hospital de pronto socorro. Revista de Enfermagem Referência. [Internet]. 2015 [cited 2023 Fev 17];4(5):27–36. Available from: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&targ et=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2506&id\\_revista=24&id\\_edicao=78](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&targ et=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2506&id_revista=24&id_edicao=78)
  7. Gomes IV, Sousa LS, Meneses ASS, Mendes JMS, Almeida XSBA, Almeida TCF. Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas. Revista Nursing 21(239): 2114-2118. [Internet]. 2018 [cited 2023 Fev 17]. Available from: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/issue/view/18/16>
  8. Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Família Comunidade [Internet]. 2006 [cited 2023 Fev 17];2(7):165–76. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc2\(7\)52](https://doi.org/10.5712/rbmfc2(7)52)
  9. Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. Medicina clínica [Internet]. 2018 [cited 2023 Fev 17];150(8):317–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.09.027>
  10. Mineli TA, Toneti AN, Lana DM, Nogueira VC, Marchi-Alves LM. Crise hipertensiva entre usuários de um serviço de pronto atendimento: estudo retrospectivo. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2018 [cited 2023 Fev 17];26(0):30111. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30111/26207>
  11. Siqueira DS, Riegel F, Graça de Oliveira Crossetti M, Tavares JP. Perfil de pacientes com crise hipertensiva atendidos em um Pronto Socorro no sul do Brasil. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2015 [cited 2023 Fev 17];5(2):224–34. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769215316>
  12. Prefeitura Municipal de São Carlos [São Paulo]. Secretário Nacional de Economia Solidária e Superintendente do Trabalho estarão em São Carlos para Participar de Inaugurações da Prefeitura. São Carlos [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 13]. Available from: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2018/172728-secretario-nacional-de-economia-solidaria-e-superintendente-do-trabalho-estarao-em-sao-carlos-para-participar-de-inauguracoes-da-prefeitura.html>
  13. Prefeitura Municipal de São Carlos (BR). Unidades de saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 2]. Available from: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115420-unidades-desauade.html>
  14. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev. méd. Minas Gerais [Internet]. 2012 [cited 2023 Fev 17];22(2). Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684759>

15. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências como implementar o sistema [Internet]. Belo Horizonte-MG: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; [2020]. [cited 2023 Fev 17]. Disponível em: <https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>
16. Pines JM, Buford K. Predictors of frequent emergency department utilization in Southeastern Pennsylvania. *J Asthma* [Internet]. 2006 [cited 2023 Fev 17];43(3):219–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16754525/>
17. Huang JA, Lai CS, Tsai WC, Weng RH, Hu WH, Dar YY. Determining factors of patient satisfaction for frequent users of emergency services in a medical center. *J Chin Med Assoc*. 2004 Aug;67(8):403-10.
18. Blank FSJ, Li H, Henneman PL, Smithline HA, Santoro JS, Provost D, et al. A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2023 Fev 17];31(2):139–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15834378/>
19. Souffront K, Gestal C, Melkus GDE, Richardson L. Recognition of Asymptomatic Hypertension in an Urban Emergency Department: Where Are We Now? *Adv Emerg Nurs J* [Internet]. 2016 [cited 2023 Fev 17];38(4):320–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27792074/>
20. Sousa LS, Pessoa MAS, Oliveira RPP, Meneses ASS, Costa LM, Alves NR et al. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes hipertensos não controlados atendidos em uma unidade de pronto atendimento. *Revista Nursing*. 22(255): 3088-3094. [Internet]. 2019 [cited 2023 Fev 17]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025964>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas Sociais [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [cited 2020 Jun 2]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>
22. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2023 Fev 17];33(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035316>
23. Taliari JDS, Sparapagni JS, Ramos NCA. Hipertensão arterial sistêmica no climatério e na menopausa. *Unifunec ciências da saúde e biológicas* [Internet]. 2019 [cited 2023 Fev 17];3(5):1–13. Available from: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/2829>
24. Oliveira G, Schimith MD, Silveira VN. Fatores de risco cardiovascular em mulheres: revisão integrativa da literatura. *Enferm Brasil* [Internet]. 2019 [cited 2023 Fev 17];18(6):799–815. Available from: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagem-brasil/article/view/2140/html>
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica B. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. 2013 [cited 2023 Fev 17]; Available from: [www.saude.gov.br/doencascronicas](http://www.saude.gov.br/doencascronicas)
26. Souza LC, Ambrosano GMB, Moraes KL, Fonseca EP, Mialhe FL. Fatores associados ao uso não urgente de unidades de pronto atendimento: uma abordagem multinível. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2023 Fev 17];28(1):56–65. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280354>
27. Mata JGF, Filho MBG, Cesarino CB. Adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão. *Saúde e Pesquisa* [Internet]. 2020 [cited 2023



Fev 17];13(1):31–49. Available from:  
<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p31-49>

29. Moraes AIS, Rizzo MS, Oliveira REF, Vaz T, Marques T, Soares C, et al. Diagnósticos de enfermagem: disposição para controle da saúde melhorado e controle ineficaz da saúde em hipertensos. Cuid. Enferm. 2019. Available from:  
<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/111.pdf>

30. Fabrizzio GC, Marocco KC, Geremia DS, Costa LCG, Galupo AMM. Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: Conflitos e possibilidades. Journal of Management Primary Health Care [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 17];9(0). Available from:  
<https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.572>

31. Ferreira MA, Iwamoto HH. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde. Ver Mineira Enferm [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 17];21(0):1–7. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170047>

### **Critérios de autoria (contribuições dos autores)**

Gisele de Souza Pinto; Sílvia Carla da Silva André Uehara: contribuíram com a Concepção e desenho do estudo, Planejamento do estudo, Revisão de literatura, Análise dos dados, Elaboração do manuscrito, Revisão e aprovação da versão final

Helena Nayara Santos Pereira; Ana Júlia Camargo; Rafaela Carla Piotto Rodrigues: contribuíram com a Elaboração do manuscrito, Revisão e aprovação da versão final.

**Fomento e Agradecimento:** Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio à publicação.

**Editor Científico:** Francisco Mayron Moraes Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>

**Editor Associado:** Edirlei Machado dos-Santos. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1221-0377>