



Estratégias de acompanhamento e estratificação do risco cardiovascular em portadores de hipertensão arterial da atenção primária

Strategies for monitoring and stratifying cardiovascular risk in patients with hypertension in primary care

Estrategias para la monitorización y estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria

Vínia Mara Maria Mantol¹ , Vanessa Alves da Silva Rodrigues¹ 

Informações do Artigo:
Recebido em: 21/06/2025
Aceito em: 03/10/2025

Autor correspondente:
Vínia Mara Maria Mantol.
E-mail:
viniamaracenak@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Desenvolver um plano de acompanhamento integrado e eficaz, por meio de busca ativa, consulta de enfermagem e estratificação do risco cardiovascular.

Metodologia: Estudo quantitativo realizado na Estratégia da Saúde da Família, em um município da zona da mata mineira. Implantou-se um programa de acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular em portadores de hipertensão arterial sistêmica. **Resultados:** O estudo analisou 31 portadores de hipertensão arterial sistêmica, identificados por busca ativa no município. A estratificação de risco cardiovascular, baseada no escore de Framingham, revelou 17 participantes de alto risco, 3 com risco elevado, 1 com risco moderado e 10 com baixo risco, segundo os cálculos. **Conclusão:** O objetivo foi alcançado. Foi possível identificar diferentes níveis de risco cardiovascular e planejar intervenções específicas.

DESCRITORES:

Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Consulta de Enfermagem; Fatores de Risco Cardiovascular.

¹ Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To develop an integrated and effective monitoring plan through active screening, nursing consultation, and cardiovascular risk stratification. **Methodology:** Quantitative study conducted within the Family Health Strategy (Estratégia da Saúde da Família) in a municipality in the Zona da Mata region of Minas Gerais. A cardiovascular risk monitoring and stratification program was implemented for individuals with systemic arterial hypertension. **Results:** The study analyzed 31 individuals with systemic arterial hypertension identified through active screening in the municipality. Cardiovascular risk stratification, based on the Framingham risk score, revealed 17 high-risk participants, 3 at high risk, 1 at moderate risk, and 10 at low risk, according to the calculations. **Conclusion:** The objective was achieved. Different levels of cardiovascular risk were identified and specific interventions were planned.

DESCRIPTORS:

Primary Health Care; Hypertension; Nursing Consultation; Heart Disease Risk Factors.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un plan de monitoreo integrado y efectivo a través del cribado activo, consulta de enfermería y estratificación del riesgo cardiovascular. **Metodología:** Estudio cuantitativo realizado dentro de la Estrategia de Salud de la Familia (Estratégia da Saúde da Família) en un municipio de la región Zona da Mata de Minas Gerais. Se implementó un programa de monitoreo y estratificación del riesgo cardiovascular para individuos con hipertensión arterial sistémica. **Resultados:** El estudio analizó 31 individuos con hipertensión arterial sistémica identificados a través del cribado activo en el municipio. La estratificación del riesgo cardiovascular, basada en la puntuación de riesgo de Framingham, reveló 17 participantes de alto riesgo, 3 de alto riesgo, 1 de riesgo moderado y 10 de bajo riesgo, según los cálculos. **Conclusión:** Se logró el objetivo. Se identificaron diferentes niveles de riesgo cardiovascular y se planificaron intervenciones específicas.

DESCRIPTORES:

Atención Primaria de Salud; Hipertensión; Consulta de Enfermera; Factores de Riesgo de Enfermedad Cardiaca.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pelo aumento da pressão arterial (PA), diagnosticada quando os níveis são iguais ou superiores a 140×90 mmHg, conforme estabelecido pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020⁽¹⁾. Contudo, valores entre 120 e 139 mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 80 e 89 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) já são considerados como pressão arterial elevada, de acordo com a Diretriz Europeia de Hipertensão⁽²⁾. Tal condição está associada a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, e aumentam o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

O risco de complicações cardiovasculares apresenta uma relação linear com o aumento da PA, somando-se a outros fatores de risco para cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico (AVE), doença renal crônica (DRC) e mortalidade precoce em ambos os sexos, diferentes idades e grupos étnicos. Em uma análise de estudos observacionais, ao longo de 12,7 milhões de pessoas-ano, registrou-se um total de 56.000 mortes por doença arterial coronariana (DAC) ou acidente vascular encefálico (AVE)⁽¹⁾.

A HAS representa um sério desafio em termos de saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo. Estima-se que atinja aproximadamente 32,5% dos adultos brasileiros, o que corresponde a cerca de 36 milhões de pessoas, e pode estar associada a aproximadamente 50% das mortes por doenças cardiovasculares (DCV) no país⁽³⁾. Essa condição apresenta 58% de prevalência na população com idade acima de 65 anos. Além disso, as condições cardiovasculares ligadas à HAS representam 7,4% das admissões hospitalares e resultam em 13% dos custos hospitalares do SUS, o equivalente a 900 milhões de reais, anualmente⁽⁴⁾.

A HAS destacou-se, nos dados epidemiológicos do estado de Minas Gerais, como uma das principais causas de óbito, totalizando mais de 40 mil mortes, sendo 21.352 entre mulheres e 20.345 entre homens. Entre as sete principais causas de internação registradas no estado entre 2011 e 2021, o AVE, uma das complicações da HAS, ocupou o segundo lugar, com 217.192 hospitalizações⁽⁵⁾.

Na atenção primária, a HAS é uma condição frequente e silenciosa associada a fatores passíveis de modificação, como obesidade, dieta rica em carboidratos e sal, e falta de atividade física. Também está atrelada, a fatores não modificáveis como a dislipidemia, a intolerância à glicose e o diabetes mellitus⁽⁶⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção primária deve promover iniciativas voltadas para a saúde das pessoas, individualmente e em grupos, que envolvam promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, com o intuito de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na saúde coletiva⁽⁷⁾.

O enfermeiro exerce papel crucial nesse cenário, sendo responsável pela consulta de enfermagem, estratificação de risco e elaboração do plano de cuidados de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica e com os protocolos assistenciais^(8,9). Para estimar o risco cardiovascular, recomenda-se o uso do escore de Framingham, que permite calcular a probabilidade de desenvolvimento de doença arterial coronariana em dez anos, considerando fatores como idade, sexo, PA, tabagismo e os níveis de *High Density Lipoprotein (HDL)* e *Low Density Lipoprotein (LDL)*⁽¹⁰⁾.

Reconhecer a situação das DCV no Brasil e compreender que a atenção primária é o principal ponto de contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde é fundamental para se desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado para esses indivíduos. De acordo com a estratégia de saúde cardiovascular, o objetivo da atenção primária é implantar medidas de prevenção e controle das DCV, com foco nos fatores de risco⁽¹¹⁾.

Na prática, a partir da identificação do risco, é possível selecionar indivíduos com maior probabilidade de complicações e direcionar a intervenções mais abrangentes.

Assim, este trabalho teve como objetivo desenvolver um plano de acompanhamento integrado e eficaz para portadores de hipertensão arterial sistêmica. Especificamente, buscou-se realizar uma

busca ativa dos portadores de hipertensão arterial no município, submetê-los à estratificação de risco cardiovascular com base no escore de Framingham, reunir os pacientes por grupo de risco, registrar o escore no prontuário e elaborar um plano de acompanhamento e cuidado para os grupos de risco, para reduzir complicações cardiovasculares.

OBJETIVO

Desenvolver um plano de acompanhamento integrado e eficaz para portadores de hipertensão arterial em um município da zona da mata mineira.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, realizado na Estratégia de Saúde da Família em um município da zona da mata mineira. Implantou-se um programa de acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular em pessoas com HAS, utilizando o escore de Framingham, conforme recomendado pelo Caderno 37 do Ministério da Saúde⁽¹⁾.

Participantes da pesquisa

Após obter o consentimento da secretaria de saúde e da coordenadora de enfermagem, as enfermeiras da unidade foram convidadas a participar do desenvolvimento do trabalho, isso permitiu que elas ampliassem seus conhecimentos e dessem continuidade às atividades propostas. O convite foi realizado pessoalmente na unidade, momento em que foram apresentados os objetivos do trabalho e esclarecidas as dúvidas.

A etapa inicial do trabalho foi constituída por uma roda de conversa e palestra educativa para os portadores de HAS do município, eles foram convidados, pela enfermeira responsável pela unidade básica de saúde, para participarem de um dia D Hipertensão Arterial, com: roda de conversa, palestra educativa sobre o tema, aferição de PA, glicemia capilar, atividade física, consulta de enfermagem e *coffee break* saudável.

O dia D foi realizado nos dias 02 e 05 de dezembro de 2024, no posto de apoio da Unidade Básica de Saúde (UBS) e no centro social do distrito do município. Na roda de conversa, as pesquisadoras forneceram informações sobre HAS, hábitos modificáveis e não modificáveis, tratamento, acompanhamento e, ao final da roda de conversa e da palestra educativa, os portadores escreveram seus *feedbacks* em um papel.

Os relatos evidenciaram vários pontos positivos, os participantes relataram ter absorvido as informações e esclarecido todas as suas dúvidas. Após esse momento, foram convidados formalmente a participar do projeto de “Estratégias de acompanhamento e estratificação do risco cardiovascular em pacientes portadores de hipertensão arterial da atenção primária”; foram explicados os objetivos da

pesquisa, os benefícios de se participar, quem poderia participar e como seria essa participação.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os participantes que atenderam aos seguintes critérios: homens e mulheres com idade entre 30 e 74 anos, intervalo estabelecido pelo escore de Framingham; hipertensos com resultados de exames referentes aos níveis de HDL e LDL realizados, no mínimo, no ano de 2023; assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Não integraram a amostra, os usuários que não atenderam a pelo menos um dos critérios definidos acima, entretanto, ainda assim, receberam as informações da roda de conversa e da palestra educativa e as pesquisadoras estiveram disponíveis para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: A primeira etapa do estudo foi a consulta de enfermagem realizada pela pesquisadora e enfermeira coordenadora, com agendamento prévio. O participante foi acolhido e após esclarecidas todas as dúvidas que surgiram, ele foi convidado a responder um formulário, em um ambiente calmo, seguro e livre de desconforto.

Tal formulário foi criado pela pesquisadora, e contemplou: código de identificação, medicamentos em uso, história pregressa, estilo de vida, anotações complementares (observações), escore de Framingham de homens e mulheres, tabela para cálculo do risco cardiovascular. Ao final, foi realizada a classificação de risco global.

A segunda fase da pesquisa consistiu em separar os participantes de acordo com os riscos, da seguinte forma:

- Os participantes que foram estratificados com risco alto tiveram uma pasta de cor vermelha, em que foram incluídas as informações colhidas na consulta. Foi elaborado um plano de acompanhamento e cuidado, com vistas a reduzir o risco alto, por meio da modificação de fatores agravantes passíveis de modificação.
- Os participantes que foram estratificados com risco médio tiveram uma pasta de cor amarela, em que, também, foram incluídas as informações colhidas na consulta. Foi elaborado um plano de acompanhamento e cuidado para reduzir o risco médio, por meio da modificação dos fatores agravantes.
- Os participantes que foram estratificados com risco baixo tiveram uma pasta de cor verde. Nela também foram inclusas as informações da consulta. Foi elaborado um plano de acompanhamento e cuidado visando reduzir o baixo risco.

Os resultados foram registrados nos prontuários dos pacientes por meio de uma etiqueta anexada à parte frontal do documento, garantindo o sigilo do histórico médico. A etiqueta continha o

resultado da estratificação do risco cardiovascular de acordo com o escore de Framingham e a cor correspondente ao grupo de risco.

O escore de Framingham foi utilizado para estimar a probabilidade de ocorrência de doença arterial coronariana em dez anos. Para o cálculo, foram consideradas as variáveis idade, sexo, pressão arterial sistólica, uso de medicação anti-hipertensiva, tabagismo, colesterol total e frações lipídicas *High Density Lipoprotein (HDL)* e *Low Density Lipoprotein (LDL)*. A classificação do risco cardiovascular seguiu a estratificação em baixo (<10%), moderado (10–20%) e alto (>20%).

Quando necessário, aplicaram-se fatores de correção recomendados pelo Ministério da Saúde: multiplicar o resultado por 1,5 na presença de histórico familiar de doença arterial coronariana em parente de primeiro grau; por 2 quando havia mais de um familiar de primeiro grau acometido; por 1,4 em indivíduos de ascendência sul-asiática; e por 1,3 em pessoas com índice de massa corporal acima de 30 kg/m². Dessa forma, foi possível determinar o risco cardiovascular global de cada participante, subsidiando a elaboração do plano de acompanhamento.

Análise de dados

Os dados obtidos foram organizados em planilhas, seguindo o formulário aplicado, e submetidos à análise descritiva. A estratificação do risco cardiovascular foi utilizada para subsidiar a construção do plano de acompanhamento e cuidado individualizado.

Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, registada sob nº CAAE 79297124.9.0000.8063, todos os participantes receberam o TCLE para o início da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da roda de conversa inicial 62 portadores de hipertensão arterial sistêmica. Destes, 31 atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra final, assinando o TCLE. A maioria era do sexo feminino (83,9%), com idades entre 39 e 78 anos.

As características sociodemográficas e clínicas estão apresentadas na tabela 1. Observou-se que 17 participantes foram classificados como de alto risco cardiovascular de forma clínica e 3 apresentaram alto risco segundo o escore de Framingham; 1 foi considerado de risco moderado e 10 de baixo risco.

Tabela 1. Características da amostra de participantes hipertensos. Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil, 2024. (n=31)

Variável	Categoria	n (%)
Sexo	Feminino	26 (83,9)
	Masculino	5 (16,1)
Idade (anos)	39–49	6 (19,3)
	50–59	7 (22,6)
	60–69	9 (29,0)
	≥70	9 (29,0)
Estratificação de risco cardiovascular	Alto risco (clínico)	17 (54,8)
	Alto risco (cálculo)	3(9,7)
	Moderado	1(3,2)
	Baixo	10(32,3)
Colesterol total elevado	Sim	12(38,7)
	Não	19(61,3)
HDL abaixo do recomendado	Sim	17(54,8)
	Não	14(45,2)
Tabagismo	Sim	2(6,5)
	Não	29(93,5)
Estilo de vida	Sedentarismo/Alimentação inadequada	22(71,0)
	Ativo/Alimentação saudável	9(29,0)

Na avaliação do perfil lipídico, 12 participantes apresentaram colesterol total elevado e 17 exibiram níveis de HDL abaixo do recomendado. Em relação ao estilo de vida, 22 referiram sedentarismo associado à ausência de alimentação saudável, enquanto apenas 9 relataram hábitos adequados.

Os 31 participantes foram convidados a participar de consulta de enfermagem previamente agendada. Durante o atendimento, receberam orientações sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos, além de exame físico completo. Com base nos achados e na estratificação de risco, cada participante recebeu um plano de acompanhamento individualizado.

O Quadro 1 apresenta a síntese dos planos de cuidado elaborados segundo o grupo de risco.

Quadro 1. Plano de acompanhamento para pacientes hipertensos segundo estratificação de risco cardiovascular. Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil, 2024. (n=31)

Elemento de cuidado	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
Consultas	Médico, enfermeiro, dentista e nutricionista-anuais.	Médico e enfermeiro-semestrais; dentista e nutricionista-anuais.	Médico e enfermeiro-trimestrais; dentista e nutricionista- semestrais.
Exames	Hemograma completo, eletrocardiograma e exame de vista-anuais.	Hemograma, perfil lipídico, glicemia, eletrocardiograma e exame de vista-semestrais.	Hemograma, perfil lipídico, glicemia, eletrocardiograma e exame de vista-trimestrais.
Aferição da PA	3 vezes/semana em uma semana escolhida a cada mês no posto de saúde.	3 vezes/semana em uma semana escolhida a cada mês no posto de saúde.	3 vezes/semana em uma semana escolhida a cada mês no posto de saúde.
Alimentação Saudável	Reducir sal e gorduras; evitar ultraprocessados; aumentar frutas, legumes e água.	Reducir sal e gorduras; evitar ultraprocessados; aumentar frutas, legumes e água.	Reducir sal e gorduras; evitar ultraprocessados; aumentar frutas, legumes e água.
Atividade Física	Caminhada 30-40 min, 5x/semana.	Caminhada 30-40 min, 5x/semana; exercícios supervisionados quando necessário.	Caminhada e exercícios supervisionados, com acompanhamento multiprofissional.

Fonte: adaptado do caderno 37 do Ministério da Saúde.

Durante a consulta de enfermagem, foram aferidos os sinais vitais (pressão arterial nas posições sentada e deitada, saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca e respiratória), além da avaliação física geral, contemplando pele, cavidade oral, alterações visuais, ausculta cardiopulmonar, palpação abdominal e inspeção de membros inferiores.

DISCUSSÃO

A distribuição por gênero (83,9% feminino e 16,1% masculino) pode caracterizar a tendência de maior procura por cuidados de saúde entre mulheres, uma vez que a PA entre as mulheres costuma ser mais elevada e a prevalência de hipertensão é maior⁽¹⁾. Em um estudo similar, utilizaram o escore de Framingham como base para calcular o risco cardiovascular, os autores afirmaram que o método é amplamente utilizado, principalmente para identificar riscos altos e determinar medidas que permitam uma abordagem mais personalizada e eficaz para prevenção e tratamento de DCV, o que corrobora com este estudo⁽¹²⁾.

É importante ressaltar que o caderno 37 do Ministério da Saúde afirma que pessoas que possuem um dos seguintes fatores de risco: tabagismo, HAS, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, histórico familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) e idade >65 anos, são diretamente considerados de baixos/intermediário risco, mesmo sem a realização do cálculo⁽¹⁰⁾; entretanto, essa condição não fora aplicada a este estudo, pois todos os participantes

apresentavam mais de um dos itens supracitados.

Os resultados evidenciaram o aumento da prevalência de dislipidemia na população do estudo de acordo com o envelhecimento. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial menciona a dislipidemia como um fator de risco modificável para DCV, e acrescenta que a avaliação do perfil lipídico é essencial para estratificação do risco cardiovascular. Esses achados reforçam a necessidade de intensificar as ações de rastreamento e monitoramento regular dos lipídios, especialmente em idosos. Além disso, apontam para a importância de intervenções educativas e mudanças no estilo de vida para que esse fator seja modificado⁽¹⁾.

A prevalência de tabagismo encontrada nesta pesquisa (6,5%) foi inferior à média nacional, que, segundo dados do Vigilância Brasil, em 2023, foi de 9,1%. Porém, mesmo com baixa prevalência, o tabagismo é um dos fatores de risco para doenças crônicas⁽¹³⁾. Estudos recentes destacam que, mesmo com a queda da prevalência no Brasil, o tabagismo segue associado ao aumento da mortalidade cardiovascular e deve ser alvo de estratégias contínuas de cessação⁽¹⁴⁾.

No estudo com servidores públicos federais, realizado com 833 participantes, a HAS foi significativamente associada a fatores diversos, dentre eles, ressaltou-se o papel crucial do tabagismo, que pode agravar o quadro hipertensivo. Por isso, é essencial que o serviço de saúde implemente medidas como grupos de apoio para tabagistas, aconselhamento e terapia farmacológica, quando necessário, distribuição de materiais educativos e estímulo à adoção simultânea de estilos de vida saudáveis⁽¹⁵⁾.

Os participantes relataram sedentarismo e ausência de alimentação saudável. Esse dado vem de encontro ao novo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) que destaca a forte correlação entre sedentarismo e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), principalmente nas doenças cardíacas, que podem acometer mais de 500 milhões de pessoas até 2030⁽¹⁶⁾.

O incentivo de hábitos saudáveis está alinhado com a Diretriz Brasileira de Cardiologia que enfatiza a educação em saúde do paciente, sobre a importância de um estilo de vida saudável para a prevenção de DCV⁽¹⁷⁾.

As medidas de acompanhamento são preconizadas no Caderno 37, que destaca a importância da consulta de enfermagem para o portador de hipertensão, da abordagem multidisciplinar, além da personalização de um plano de acompanhamento que é o terceiro passo da Sistematização da Assistência de Enfermagem de acordo com a necessidade do paciente⁽¹⁰⁾.

Conforme preconizado no Caderno 37 do Ministério da Saúde, o exame físico não se limita ao controle da PA, mas desempenha um papel crucial na detecção de lesões em órgãos-alvo e na identificação de comorbidades que podem dificultar o tratamento do paciente com hipertensão; além disso, o caderno orienta que o controle da PA deve envolver uma abordagem multiprofissional, incluindo

avaliação clínica completa, adesão ao tratamento medicamentoso, prática regular de atividade física, alimentação saudável com redução do consumo de sal, cessação do tabagismo, controle do peso e acompanhamento contínuo na atenção primária⁽¹⁰⁾.

O plano de acompanhamento individual demonstrou ser uma ferramenta valiosa no cuidado às pessoas com hipertensão arterial, por permitir abordagem mais direcionada às necessidades específicas de cada participante. Entre os pontos positivos, destacaram-se a identificação precoce de fatores de risco, a definição de metas terapêuticas personalizadas e o fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente, o que favoreceu a adesão ao tratamento, o monitoramento contínuo e a frequência de retorno a consultas. Achados semelhantes foram descritos em estudos recentes que apontaram a importância da organização da atenção primária para garantir melhor controle da hipertensão^(18,19).

No entanto, também foram observados desafios, como a dificuldade de adesão por parte de alguns participantes e a limitação de recursos do participante e na atenção primária. Ainda assim, os achados deste estudo reforçaram a importância da consulta de enfermagem como momento estratégico para a estratificação de risco, construção de planos individualizados e promoção da educação em saúde, pilares essenciais para o manejo da hipertensão arterial na atenção primária.

Limitações do Estudo

Este estudo apresentou, como principal limitação, o tamanho reduzido da amostra, composta por apenas 31 participantes, devido à sua realização em um único município de população limitada. Além disso, o curto período de acompanhamento dos pacientes impossibilitou a avaliação de mudanças clínicas a longo prazo.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo contribuiu significativamente para a Enfermagem ao demonstrar a aplicabilidade de estratégias integradas de acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular na atenção primária. Reforçou o papel do enfermeiro como protagonista na consulta de enfermagem, na educação em saúde e na construção de planos de cuidado individualizados. A utilização do escore de Framingham na prática assistencial permitiu uma abordagem mais assertiva, e promoveu intervenções direcionadas e baseadas em evidências. Além disso, o estudo evidenciou a importância de ações interdisciplinares e contínuas para a redução de complicações associadas à hipertensão, que fortalecem a organização do cuidado e contribuem para a efetividade das políticas públicas de saúde voltadas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a importância da implementação de novas estratégias de acompanhamento para portadores de HAS na atenção primária, com foco na estratificação de risco e

cuidado individualizado. A estratificação de risco cardiovascular entre os participantes, permitiu identificar os pacientes com maior vulnerabilidade, possibilitou intervenções mais específicas na medida que houve a implementação de um plano de acompanhamento estruturado e a elaboração de intervenções direcionadas, na atenção primária à saúde. Os resultados sugeriram ser relevante a implementação de um plano de acompanhamento estruturado nesse nível de atenção.

Foi observado, neste estudo, a alta prevalência do alto risco cardiovascular e de fatores de risco modificáveis, como sedentarismo e dislipidemia, o que reforçou a importância de ações educativas e de promoção da saúde, além de chamar a atenção da equipe multidisciplinar para aperfeiçoar o atendimento, uma vez que os prontuários foram identificados por uma etiqueta com o risco cardiovascular.

Apesar dos resultados promissores obtidos, o pequeno tamanho da amostra (31 participantes), que se deveu ao fato de o estudo ter sido realizado na zona rural de um município com população menor que dois mil habitantes, sugere a necessidade de novos estudos com mais participantes e acompanhamento de longo prazo para, dessa forma, fornecer evidências mais abrangentes sobre a efetividade da intervenção proposta. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado e para a redução das complicações cardiovasculares nessa população.

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 [Internet]. 2021 [citado 2025 Set 24]; 116(3):516-658. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
2. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J [Internet]. 2024 Oct 7 [citado 2025 Set 24]; 45(38):3912-4018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
3. Vieira MAS, Tonaco LAB, Souza MJS, Andrade FCD, Malta DC, Felisbino-Mendes MS, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the Brazilian population and sociodemographic associated factors: data from National Health Survey. BMC Public Health [Internet]. 2025 [citado 2025 Set 24]; 25:781. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22008-8>
4. Sousa NP, Sousa MF, Araújo DER, Santos WS, Lima, LR, Rehem, TCMSB. Estratificação de risco cardiovascular na atenção primária segundo escore de Framingham. Tempus, Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [citado 2025 Mar 18]; 10(1):157-68. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1862>
5. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Boletim Epidemiológico – Doenças e Agravos Não Transmissíveis [Internet]. Belo Horizonte: SES-MG, 2022. [citado 2025 Mar 11]. Disponível em:

<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/boletim-informativo-02-2022-dant-doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-2/>

6. Garcia Junior DAS. Hipertensão arterial sistêmica na atenção primária: como prevenir complicações secundárias [Internet]. Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância. 2019 [citado 2025 Mar 11]. Universidade Federal do Pará, Belém. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14922/3/DAVID%20ALVARO%20SANTOS%20GARCIA%20JUNIOR.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Saiba mais sobre a APS. O que é Atenção Primária? [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
8. Melo LM, Wernet M, Napoleão AA. Atuação do enfermeiro à pessoa hipertensa na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev REMECS [Internet]. 2020 [citado 2025 Mar 26];1(1):1-12. Disponível em: <https://revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/24/24>
9. Coren/PR. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde. Modulo 1 – Processo de Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 2025 Mar 26]. Disponível em: <https://protocolos.corenpr.gov.br/Protocolo%201%20-%20Processo%20de%20Enfermagem.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [citado 2025 Mar 26]; 128. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022 [citado 2025 Mar 26]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_ecvok.pdf
12. Malta DC, Pinheiro PC, Teixeira RA, Machado IE, Santos FM dos, Ribeiro ALP. Estimativas do Risco Cardiovascular em Dez Anos na População Brasileira: Um Estudo de Base Populacional. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021Mar [citado 2025 Mar 23]; 116(3):423–31. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190861>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023 [citado 2025 Mar 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool/view>
14. Bastos TF, Oliveira-Campos M, Castro IRR, Malta DC. Assessing hypertension care quality in Brazil:

gender, race, and socioeconomic intersection in public and private services, 2013 and 2019 National Health Surveys. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 [citado 2025 Set 30]; 23:2061. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16814->

15. Soares JS, Cunha TS, Silva AF, Ferreira KS, Velasque LS. Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em servidores públicos federais. *Rev Enferm UFJF* [Internet]. 2023 [citado 2025 Jul 3];9(2):e25957. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/25957>

16. Organização Mundial de Saúde. OMS: Falta de atividade física pode causar doenças em 500 milhões de pessoas até 2030 [Internet]. 2022 [citado 2025 Maio 4]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/10/1804027>

17. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 2025 Mar 23]; 113(4):787-891. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>

18. Palmeirim MS, Baxter YC, Silveira M, Maggiona RV, Aquino B, Avezum Á, et al. Situational analysis of hypertension management at primary health care level in São Paulo, Brazil: population, healthcare professional and health system perspectives. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2024 [citado 2025 Set 24]; 24:668. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10978-1>

19. Fontenelle LF, Sarti TD, Quinte GC, Almeida APSC, Mill JG. Concordância entre Framingham, Pooled Cohort Equations e Globorisk-LAC da estimativa do risco cardiovascular no Brasil, 2013. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2025 [citado 2025 Set 24]; 122(6):e20240405. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20240405i>

Agradecimentos: Não há.

Financiamento: Não há.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho da pesquisa: Vínia Mara Maria Mantiol e Vanessa Alves da Silva Rodrigues. Obtenção de dados: Vínia Mara Maria Mantiol e Vanessa Alves da Silva Rodrigues. Análise e interpretação dos dados: Vínia Mara Maria Mantiol e Vanessa Alves da Silva Rodrigues. Redação do manuscrito: Vínia Mara Maria Mantiol e Vanessa Alves da Silva Rodrigues. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Vínia Mara Maria Mantiol e Vanessa Alves da Silva Rodrigues.

Editor-chefe: André Luiz Silva Alvim 