

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAMILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**QUEIXAS REFERIDAS POR PESSOAS ATENDIDAS EM UNIDADE
DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
PREVALÊNCIA, CONHECIMENTO, TRATAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

GOIÂNIA, 2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES EDISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

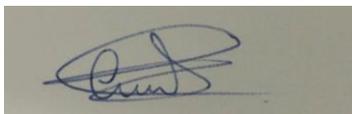
Nome completo do autor: Camila Ferreira de Oliveira

Título do trabalho: Queixas referidas por pessoas atendidas em unidade de urgência/emergência e sua associação com prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação



Data: 10 / 05 / 2017

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

CAMILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**QUEIXAS REFERIDAS POR PESSOAS ATENDIDAS EM UNIDADE
DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
PREVALÊNCIA, CONHECIMENTO, TRATAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação da Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de
Goiás para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.*

Área de concentração: Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana

Linha de Pesquisa C: Educação em saúde e a prática do cuidar do paciente hipertenso.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Lima Sousa

GOIÂNIA, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Ferreira de Oliveira, Camila

Queixas referidas por pessoas atendidas em unidade de urgência/emergência e sua associação com prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial [manuscrito] / Camila Ferreira de Oliveira. - 2017.

LXIX, 77 f.

Orientador: Prof. Dr. Ana Luiza Lima Sousa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.

Anexos. Apêndice.

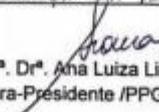
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Hipertensão. 2. Pressão arterial. 3. Serviços de atendimento de emergências. 4. Sintomas. I. Lima Sousa, Ana Luiza, orient. II. Título.

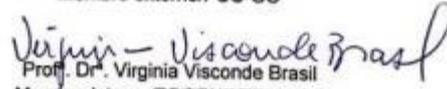
CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE CAMILA FERREIRA DE OLIVEIRA – Aos onze dias do mês de abril de dois mil e dezessete (11/04/2017), às 09h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Lima Sousa (orientadora/Presidente/PPGENF/FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. Virginia Visconde Brasil (membro interno/PPGENF/FEN/UFG) e Prof^ª. Dr^ª. Priscila Valverde de Oliveira (membro externo/PUC-GO), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada na Liga de Hipertensão, para procederem à avaliação da defesa de dissertação intitulada: **"ASSOCIAÇÃO DE QUEIXAS REFERIDAS PELOS PACIENTES HIPERTENSOS COM VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL EM DEMANDA DE UNIDADE NÃO-HOSPITALAR DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS: ESTUDO TRANSVERSAL"**, em nível de **Mestrado/Doutorado**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA**, de autoria de **Camila Ferreira de Oliveira**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da Banca Examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Lima Sousa, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, procedeu à apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta na Resolução nº. 1403/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (CEPEC), que regulamenta o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a dissertação foi aprovada, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias. Cumpridas as formalidades de pauta, a presidente da banca encerrou esta sessão de defesa de dissertação e para constar eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que depois de lida e aprovada será assinada pelos membros da Banca Examinadora em três vias de igual teor. A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da dissertação: QUEIXAS REFERIDAS POR PESSOAS ATENDIDAS EM UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM PREVALÊNCIA, CONHECIMENTO, TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.


Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Lima Sousa
Orientadora-Presidente /PPGENF/FEN/UFG


Prof^ª. Dr^ª. Priscila Valverde de Oliveira
Membro externo/PUC-GO


Prof^ª. Dr^ª. Virginia Visconde Brasil
Membro interno/PPGENF/FEN/UFG

AGRADECIMENTOS

O sentimento mais profundo e sincero de agradecimento aos meus familiares, em especial, à minha mãe Maria Cláudia Lopes, ao meu pai Joselito Ferreira de Oliveira e ao meu irmão Gustavo Henrique Viandelli Lopes que resistiram e entenderam minhas ausências nesse período, priorizando o estudo como uma realização, não só profissional, mas também pessoal.

Ao meu marido, Fábio Ernesto Saavedra Aguiar, que mais que ninguém me fortaleceu e me motivou a persistir neste grande desafio.

Ao meu filho que ainda se encontra em meu ventre, que por muitas horas de vários dias não escutou qualquer barulho além das teclas do computador.

À orientadora, Ana Luiza Lima Sousa que dedicou além do expediente do seu trabalho para me auxiliar, principalmente para atender uma demanda particular minha, o desejo de defender a dissertação antes do parto.

À equipe da Liga de Hipertensão Arterial pelo companheirismo e dedicação, sempre divulgando e compartilhando experiências e materiais de estudo.

Às colegas que me auxiliaram na árdua coleta de dados no serviço de urgência 24 horas não hospitalar público durante o período de julho a novembro, sendo elas: Ana Letícia Borges, Alline Oliveira, Andressa Ferruch, Camila Lucas, Daniele Prates, Jamilly Brito e Raidanne Carvalho.

Aos pacientes que dedicaram tempo de suas vidas para participarem da pesquisa de forma solidária.

E, por fim, à equipe de saúde do serviço de urgência 24 horas não hospitalar público que entenderam o motivo pelo qual eu estava ali e que também acolheram sem restrições as pesquisadoras.

EPÍGRAFE

“É melhor o calor de uma hipertensão ao suor frio de um infarto”.

Dr. Jesus Saavedra Lopez

SUMARIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
RESUMEN.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e sua relação com doenças cardiovasculares.....	19
3.2 Queixas referidas e a hipertensão arterial.....	20
3.3 Atendimento de urgência/emergência e a hipertensão arterial.....	22
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	26
4.1 Tipologia.....	26
4.2 Local.....	26
4.3 População do estudo.....	26
4.4 Tamanho da amostra.....	26
4.5 Plano amostral.....	27
4.5.1 Aleatorização dos participantes.....	27
4.6 Critérios de elegibilidade.....	28
4.6.1 Critérios de inclusão.....	28
4.6.2 Critérios de exclusão.....	28
4.6.3 Variáveis e categorias do estudo.....	28
4.7 Coleta de dados.....	31
4.8 Desenho do estudo.....	32
4.8.1 Chegada do paciente na unidade por livre demanda.....	32

4.8.2 Fase 1 - Primeira abordagem.....	32
4.8.3 Fase 2 - Segunda e última abordagem.....	32
4.9 Análise estatística	33
4.10 Aspectos Éticos	33
5 RESULTADOS.....	34
6 DISCUSSÃO	44
6.1 O perfil da demanda na unidade de emergência.....	44
6.2 A hipertensão na unidade de emergência	47
7 CONCLUSÃO	52
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES	64
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	68
ANEXOS	70
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	71
ANEXO B – QUEIXAS APRESENTADAS POR CATEGORIAS, UTILIZANDO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO MANCHESTER DE FORMA RESUMIDA (FREITAS, 2002).....	75

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição da média de atendimento comparando finais de semana com segundas-feiras e demais dias úteis em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.	35
Gráfico 2 – Distribuição da classificação de risco de pacientes que consultaram em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.	35
Gráfico 3 – Distribuição das variáveis prevalência, conhecimento, tratamento e controle segundo o sexo em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.	38
Quadro 1 – Distribuição das principais queixas apresentadas pelos pacientes hipertensos segundo o controle pressórico hipertensos em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das queixas referidas segundo sistema de classificação de risco em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.....	36
Tabela 2 – Distribuição das queixas referidas pelos pacientes segundo variáveis sociodemográficas e específicas do estudo em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.....	37
Tabela 3 – Distribuição das queixas referidas pelos pacientes em tipo 1 e 2 e sua relação com a pressão arterial e a presença de hipertensão arterial sistêmica em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.	39
Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e específicas do estudo segundo o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.....	40
Tabela 5 – Comparação de valores pressóricos aferidos por diferentes profissionais em dois momentos entre pacientes hipertensos e normotensos em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016	41
Tabela 6 – Comparação dos valores pressóricos aferidos por diferentes profissionais e a relação com sintomas referidos pelos pacientes hipertensos em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.	42

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAIS	Centro Integral de Atenção à Saúde
CR	Classificação de Risco
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIC	Doença Isquêmica do Coração
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

INTRODUÇÃO: pacientes hipertensos geralmente associam sintomas com valores de pressão arterial e isso pode ser o que os motivam a buscar atendimento em serviços de emergência. **OBJETIVO:** analisar a associação das queixas referidas pelos pacientes com a prevalência da hipertensão, o conhecimento do diagnóstico prévio, seu tratamento e o controle pressórico em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. **METODOLOGIA:** estudo transversal, realizado em unidade de emergência em uma capital brasileira. Dados coletados todos os dias no período de 18 semanas, em todos os turnos de atendimento. Foram excluídos casos de traumas, dengue, menores de 18 anos, atendimento móvel de urgência e aqueles que não passaram pela classificação de risco. A pressão arterial utilizada para fins de identificação dos hipertensos foi aferida pela pesquisadora. Para a prevalência da hipertensão foi considerado todo aquele com pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg ou que, independente dos valores pressóricos, referisse uso de anti-hipertensivos; o conhecimento foi definido como percepção prévia do diagnóstico; o tratamento foi definido pela referência de uso de anti-hipertensivo; já para o controle foram considerados os valores pressóricos aferidos pela pesquisadora ($PA < 140/90$ mmHg) entre aqueles que usavam anti-hipertensivo. Os dados relacionados a queixas referidas e gravidade dos pacientes foram coletados na ficha clínica, e estilo de vida e antropométricos coletados diretamente com os pacientes. As queixas foram classificadas de acordo com o sistema de Manchester. A gravidade foi definida pela de acordo com protocolo do serviço em grave, moderado e sem gravidade. **RESULTADOS:** participação feminina de 189 (62,0%), idade média 39,4 ($\pm 15,7$) anos. Predominaram casos de baixa gravidade 257 (84,3%); homens 24 (20,7%) e idosos 14 (37,8%) foram mais classificados com média gravidade. A prevalência de hipertensão foi de 36,4%, o conhecimento 62,2%, tratamento 61,3% e a taxa de controle 47,1%. As mulheres apresentaram mais conhecimento (52; 72,0% - $p=0,09$) e tratavam mais (50; 69,4% - $p=0,016$). As principais queixas dos hipertensos foram: dor abdominal, problemas em extremidades, mal-estar, quedas e cefaleia. Hipertensos associaram mais suas queixas com a pressão (43; 38,7% - $p < 0,001$) e tiveram classificação de média gravidade em maior proporção (31; 27,9% - $p < 0,001$). Não houve associação das queixas com o conhecimento, tratamento e controle da hipertensão na demanda do serviço. **CONCLUSÕES:** A hipertensão apresentou prevalência semelhante da população geral; conhecimento, tratamento e controle apresentaram baixas taxas. Hipertensos associaram mais seus sintomas com a pressão arterial e foram classificados com maior gravidade. O conhecimento, tratamento e controle da hipertensão não estiveram associados com valores da pressão arterial e nem com as queixas referidas.

Palavras-chave: Hipertensão, Pressão Arterial, Serviços de Atendimento de Emergência, Sintomas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: hypertensive patients associate symptoms to blood pressure numbers and that is what motivates them to search for emergency services. **AIM:** Analysing the association of the hypertensive patients's complaints, the knowledge of previous diagnosis, its treatment and blood pressure control at 24 hours nonhospital public urgency services. **METHODOLOGY:** transversal study held at an emergency unit in a brazilian capital. Data collected in 18 weeks, every single day and during all attendance shifts. Trauma and dengue cases, under 18 years old, mobile urgency services and those who didn't go through risk classification were excluded. The blood pressure used for hypertensive patients identification was measured by the researcher. The hypertension prevalence was considered for every patient who presented blood pressure $\geq 140/90$ mmHg or who mentioned anti-hypertensive medication regardless the blood pressure numbers; the knowledge was defined by the record of anti-hypertensive use; on the other hand, the control was considered the blood pressure numbers measured by the researcher (BP $<140/90$ mmHg) according to those who used anti-hypertensive medication. The data related to referred complaints and patients severity were collected in the medical record and the anthropometric data related to life style were collected straight from the patient and recorded in the study survey. The complaints were classified according to the Manchester system to group them and make statistical evaluations, also following the own study classification (type 1 and type 2); it was also analysed the time the patients complained about their blood pressure numbers. The severity was defined by the nurse on duty who followed the city protocol (red = emergency, yellow = urgency, and green = no imminent risk of death). **RESULTS:** there was a higher proportion of females – 189 (62,0%), average age 39,4 ($\pm 15,7$) years old, smoking rate - 35 (11,5%), alcoholism - 116 (38,0%), sedentarism - 247 (81,0%) and obesity - 56 (18,4%). Low severity cases - 257 (84,3%) were predominant; men - 24 (20,7%) and elderly people - 14 (37,8%) were classified in medium severity. The hypertension prevalence was 36,4%, the knowledge 62,2%, treatment 61,3% and the control rate over those who were under medical treatment was 47,1%. There were differences in those rates that women presented more knowledge (52; 72,0% - $p=0,09$) and treatment (50; 69,4% - $p=0,016$). The main hypertensive patients's complaints were: abdominal pain, extremities problems, discomfort, falls and headaches. The hypertensive patients specially related their complaints to their blood pressure (43; 38,7% - $p<0,001$) and had classification of mediumseverity in a higher proportion (31; 27,9% - $p<0,001$). There was no relation among the complaints, knowledge, treatment and hypertension control on duty. **CONCLUSIONS:** The hypertension presented prevalence similar to general population; knowledge, treatment and control presented low rates. Hypertensive patients related their symptoms to their blood pressure and were classified with higher severity. The knowledge, treatment and hypertension control were not related to the blood pressure numbers.

Keywords: hypertension, blood pressure, emergency services, symptoms.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: pacientes hipertensos relacionan síntomas con valores de presión arterial, hecho que les motiva buscar las Urgencias hospitalarias. **OBJETIVO:** analizar la asociación de las quejas referidas por los pacientes con la prevalencia de hipertensión arterial, conocimiento del diagnóstico anterior, su tratamiento y control de la presión en unidad de urgencia hospitalaria 24 horas que no sea pública. **METODOLOGÍA:** estudio transversal, realizado en unidad de Urgencias en una capital brasileña. Datos recogidos en el periodo de 18 semanas, durante todos los días de la semana y en turnos de atendimento. Fueron excluidos casos de traumas, dengue, menores de 18 años, atendimento móbil de urgencia y aquellos que no pasaron por la clasificación de riesgo. La presión arterial utilizada para fines de identificación de los hipertensos fue medida por la investigadora. La prevalencia de la hipertensión fue toda $\geq 140/90$ mmHg, o que, independiente de los valores, refería uso de anti-hipertensivos; el conocimiento fue definido como percepción del diagnóstico; el tratamiento fue definido por el registro de uso de anti-hipertensivo; por otro lado, el control fue considerado los valores de presión medidos por la investigadora ($\geq 140/90$ mmHg), según aquellos que utilizaban anti-hipertensivo. Los datos relacionados a quejas referidas y gravedad de los pacientes fueron recogidos de la ficha clínica, pues los datos relacionados al estilo de vida y antropométricos fueron recogidos directamente con los pacientes y registrados en la encuesta del estudio. Las quejas fueron clasificadas de acuerdo con el sistema de Manchester para agruparlas y realizar pruebas estadísticas, además de atender clasificación propia del estudio (tipo 1 y tipo 2), y fue analizado cuando los pacientes referían una relación entre quejas y valores de la presión arterial. La gravedad fue definida por la enfermera del servicio que seguía protocolo del municipio (rojo=emergencia, amarillo=urgencia y verde=sin riesgo inminente de muerte). **RESULTADOS:** hubo mayor proporción femenina 189 (62,0%), promedio de edad 39,4 ($\pm 15,7$) años, tasas de tabaquismo 35 (11,5%), alcoholismo 116 (38,0%), sedentarismo 247 (81,0%) y obesidad 56 (18,4%). Predominaron casos de baja gravedad 257 (84,3%); hombres 24 (20,7%) y ancianos 14 (37,8%) fueron más clasificados con media gravedad. La prevalencia de hipertensión fue de 36,4%, el conocimiento 62,2%, tratamiento 61,3% y la tasa de control sobre aquellos que eran tratados fue de 47,1%. Hubo diferencia entre esas tasas, donde las mujeres presentaron más conocimiento (52; 72,0% - $p=0,09$) y tratamiento (50; 69,4% - $p=0,016$). Las principales quejas de los hipertensos fueron: dolor abdominal, problemas en extremidades, malestar, caídas y cefalea. Hipertensos asociaron sus quejas con la presión (43; 38,7% - $p<0,001$) y clasificación de media gravedad en mayor proporción (31; 27,9% - $p<0,001$). No hubo asociación de quejas con el conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en la demanda del servicio. **CONCLUSIONES:** La hipertensión presentó prevalencia similar de la población general; conocimiento, tratamiento y control presentaron bajas tasas. Los hipertensos asociaron sus síntomas con la presión arterial y fueron clasificados con mayor gravedad. El conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión no estuvieron asociados con valores de la presión arterial.

Palabras claves: Hipertensión, Presión Arterial, Servicios de Urgencias, Síntomas.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde mundial devido sua alta prevalência, complicações graves e falta de controle adequado, afetando mais de um bilhão de pessoas e desses, mais de nove milhões morrem anualmente como resultado direto da doença (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; WHO, 2007, 2014; MALACHIAS et al., 2016).

Trata-se de uma doença que tem sido reconhecida como paucissintomática ou mesmo com sintomas muito inespecíficos ou subjetivos (MIDDEKE et al., 2008). Essa ausência de sinais e sintomas e a sua evolução lenta e gradual a transformam em uma doença invisível e que pode explicar em parte, porque muitos têm a pressão arterial (PA) elevada sem conhecimento de diagnóstico de HAS e também porque tantos que estão sob terapia, não alcançam o controle da doença, apresentando baixa adesão ao tratamento e subestimando sua condição (DIMENÄS et al., 1989; DIMENÄS, 1990; CHEN et al., 2011; CHEN & TSAI, 2012; WHO, 2013).

Geralmente as pessoas procuram os serviços de saúde ou ajuda de profissionais, provocadas por algum sinal ou sintoma de algo que não está bem. São os sintomas que vão ajudar o paciente a reconhecer diagnósticos dados pelos médicos e farão com que eles acatem os rótulos que recebem. No caso específico da HAS, a ausência dos sintomas, ou sua inespecificidade, tornam a experiência de “estar doente” muito mais subjetiva. Os sintomas referidos por esses pacientes são inespecíficos e eles buscam relacioná-los com os valores de PA, principalmente pacientes com maior tempo de diagnóstico da doença (GÁMEZ et al., 2006).

Esta falta de suporte fisiológico e patológico levam a classificação de tais sintomas como de origem emocional, psicológica ou ao sistema nervoso, fechando o círculo da subjetividade quando se fala nos sinais da HAS, em que cada paciente tem uma percepção própria da sua doença pessoal (GÁMEZ et al., 2006; CHEN et al., 2011; CHEN & TSAI, 2012; OIGMAN, 2014).

Essas condições levaram a HAS ser conhecida como “o matador silencioso” desde os anos de 1990 (HOEL & HOWARD, 1997). Estudo mais recente, realizado na Alemanha com pacientes ambulatoriais, questionou a adequação dessa alcunha,

mostrando que os sintomas podem estar presentes e que os pacientes fazem esse reconhecimento (MIDDEKE et al., 2008; GAMEZ et al., 2006; WHO, 2013).

Estudos que façam a referência dos sintomas atribuídos à HAS são raros e não muito recentes (DIMENÄS et al., 1989; DIMENÄS, 1990; KJELLGREN et al., 1998; ERICKSON et al., 2001). Estudo realizado em unidade de emergência nos Estados Unidos da América, indicou que há uma tendência significativa para o aumento do estágio de HAS naqueles pacientes cuja queixa principal era de suspeitar que a PA estivesse elevada. Nesse mesmo estudo a maioria dos hipertensos relataram não usar anti-hipertensivos e metade deles não tinham diagnóstico de HAS anterior à admissão; além disso, um quarto deles persistiu com pressão elevada após a alta (KARRAS et al., 2005).

Os sintomas mais referidos pelos pacientes relacionados à elevação da PA são a cefaleia, tontura e palpitações. E uma parcela deles refere sintomatologia associada com PA elevada, antes mesmo de terem o diagnóstico de HAS; e quanto maiores são os valores de PA, maior a incidência de sintomas relatados (PÉRES et al., 2003; GÁMEZ et al., 2006; MIDDEKE et al., 2008). Muitos pacientes supõem que o aumento da PA esteja relacionado ao surgimento do sintoma e preferem verificar a PA quando estão sintomáticos (GÁMEZ et al., 2006; SOBRINHO, CORREIA et al., 2007).

Dentre os sintomas referidos o mais frequente e que pode ser considerado como um dos poucos específicos é a cefaleia occipital pulsátil, surgindo nas primeiras horas do dia e desaparecendo ao longo do dia. No entanto, qualquer tipo de cefaleia pode ser referido pelo paciente hipertenso (OIGMAN, 2014).

A frequência e intensidade desses sintomas, relacionados ou não à HAS, podem ser o motor para a busca de assistência com profissionais de saúde. E, muitas vezes, a percepção de dor, ou sintomas psicoemocionais conduzem as pessoas à busca imediata por assistência. Essas são situações encontradas em serviços de emergência, longe das unidades da atenção primária à saúde, pois traduzem a oportunidade de atendimento imediato. As unidades de emergência parecem ser vistas por esses pacientes como uma oportunidade para atendimento diante dessas situações em que identificam sintomas que eles mesmos associam aos valores da PA (SHAYNE & PITTS, 2003; WHO, 2014; RUBINSTEIN et al., 2016).

Os serviços de atendimento a urgências/emergências são estabelecimentos para o atendimento de demanda em situações de traumas, acidentes ou sinais e sintomas que caracterizam o risco eminente à vida. No entanto, o que se percebe é que, muitas vezes as pessoas procuram esse tipo de serviço quando identificam sintomas que as incomodam ao ponto de buscarem por alívio; mesmo que não se enquadrem em situações de urgência/emergência. Isso faz com que haja aumento da demanda de pacientes em tais serviços, sobrecarregando a equipe de saúde, superfaturando gastos desse perfil de unidade de atendimento e principalmente, dificultando o acesso rápido de pacientes graves.

Além do perfil clínico, epidemiológico e de gravidade, o conhecimento sobre características mais específicas dessa população de unidades de urgência/emergência, tais como as motivações que os fazem buscar por atendimento de emergência, pode ser útil na definição de políticas públicas de saúde voltadas para as reais necessidades de assistência.

Não foram localizados estudos em unidades de emergência sobre a demanda de pacientes e sua relação com a prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial, nem se os mesmos associam seus sintomas com valores pressóricos elevados. Os estudos identificados limitam-se a descrever o perfil clínico-demográfico da população que procura as unidades de emergência sem análise de associação das queixas com as motivações que levam as pessoas a buscarem assistência em tais unidades (OLIVATI et al., 2010; GOMIDE et al., 2012; AMIEL et al., 2014; GARCIA & REIS, 2014; GUIMARÃES et al. 2015). O questionamento que se apresenta é se o aumento dos valores da PA pode realmente provocar sintomas específicos a tal ponto que os direcionem a unidades de urgência/emergência, e se a percepção dos pacientes quanto a esses sintomas pode ser confirmada em situações consideradas de emergência pelos próprios pacientes. Os dados identificados até aqui revelam essa associação de sintomas entre pacientes hipertensos e normotensos em seguimento de rotina ambulatorial e mesmo assim são raros, antigos e na maioria das vezes retrospectivos. A referência de queixas entre hipertensos sob tratamento, que buscam atendimento em serviço de emergência, está associada com o controle pressórico e com a severidade da HAS? Esses pacientes relacionam suas queixas com os valores pressóricos somente quando já tiveram o seu diagnóstico de HAS definido ou inclusive pacientes normotensos tendem a associar sintomas específicos com aumento de PA?

Este estudo objetivou analisar a associação dos sintomas referidos por pacientes em serviços de urgência/emergência com os valores pressóricos e as possíveis associações das queixas com dados tanto de prevalência, quanto de conhecimento do diagnóstico, tratamento e controle.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a associação das queixas referidas pelos pacientes com a prevalência da hipertensão arterial, o conhecimento do diagnóstico prévio, seu tratamento e o controle pressórico em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público.

2.2 Específicos

- Descrever a demanda dos pacientes em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público segundo as queixas referidas;
- Identificar a prevalência de hipertensos na demanda dos pacientes em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público;
- Analisar a associação das queixas referidas pelos pacientes com a presença do diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica na demanda em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público;
- Analisar a associação das queixas referidas com os valores pressóricos entre hipertensos e não hipertensos na demanda em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público;
- Analisar a associação das queixas referidas com a taxa de conhecimento do diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica na demanda em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público;
- Analisar a associação das queixas referidas com o uso de anti-hipertensivos entre hipertensos na demanda em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público;
- Analisar a associação das queixas referidas com o controle pressórico entre hipertensos na demanda em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e sua relação com doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre os principais problemas de saúde mundial, representando 38 milhões de mortes por ano em todo mundo, sendo que em 2013 representaram 31% de todas as mortes globais. Projeções estatísticas estimam que em 2020, as DCV ainda sejam as principais causas de óbito entre a população adulta (LAWES et al., 2008; WHO, 2014, MOZAFFARIAN et al., 2015; NAGHAVI et al., 2015).

No Brasil as DCV também seguem como as principais causas de morte na população adulta (SCHMIDT et al., 2011; MALTA & SILVA JUNIOR, 2013). Em 2011, as DCV representaram a principal causa de mortes dentre as doenças crônicas não transmissíveis, correspondendo a 28,6% das mortes. As mortes predominantes por DCV são na sua maioria decorrentes da elevação da PA, principalmente a doença isquêmica do coração (DIC) e o acidente vascular encefálico (AVE) (WHO, 2014; MALTA, STOPA et al., 2015).

A relação entre a PA e o risco de eventos cardiovasculares é contínua, consistente e independente de outros fatores. Quanto maior for a PA, maior é a chance de ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, AVE e doença renal (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; RADOVANOVIC et al., 2014). Além disso, estima-se que pessoas hipertensas apresentam incidência maior de doença vascular periférica, morte súbita, coronariopatias e infarto agudo do miocárdio (WHO, 2013).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle pelos hipertensos e possui grande relevância mundial, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças não transmissíveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. As taxas de prevalência permanecem altas em países em desenvolvimento e o conhecimento do diagnóstico, bem como o tratamento e controle ainda são um desafio (WHO, 2014; NAGHAVI et al., 2015).

3.2 Queixas referidas e a hipertensão arterial

A HAS é caracterizada como condição clínica multifatorial com elevação persistente dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, assintomática na maioria das vezes e frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (WEBER, SCHIFFRIN et al., 2014).

Mesmo que essa condição seja clinicamente reconhecida como paucissintomática ou com sintomas inespecíficos, chegando ao ponto de ser chamada de “matador silencioso” (COLEMAN, 1977; HOEL & HOWARD, 1997), para os indivíduos portadores de HAS há uma percepção clara e associada de sintomas com os valores da PA. Sintomas como cefaleia, dispneia, tontura, precordialgia, palpitação e hemorragia nasal são os mais frequentes nessa população. Não são sintomas que devem ser considerados para uma definição diagnóstica, mas não devem ser ignorados pelo profissional quando relatados pelo paciente (WHO, 2013).

A importância atribuída aos sintomas na abordagem do paciente com PA elevada tem sido pequena, verificando-se situações em que o tratamento é instituído, levando-se em consideração apenas as cifras tensionais. (LIMA et al., 2005; SIQUEIRA, RIEGEL et al., 2015).

A HAS é um achado comum em serviços de emergência e, muitas vezes a pressão elevada fora do hospital é o motivo que leva o paciente até esses serviços. As queixas que apresentam em tais ocasiões podem confundir os profissionais sobre a possibilidade de desfechos graves, como infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar, ataque isquêmico transitório (FREI, BURMEISTER et al., 2013). Por outro lado, muitas vezes os sintomas ou queixas referidos pelos pacientes hipertensos estão associados unicamente ao uso de medicamentos anti-hipertensivos e não à condição clínica (KERKHOFF et al., 2012).

As queixas referidas por pacientes hipertensos em unidades de emergência podem desviar a atenção de problemas mais graves como também provocar condutas equivocadas e desnecessárias, dado o local do atendimento e as condições clínicas naquele momento (KARRAS et al., 2006).

A presença de sintomas, independente da presença de um agravo diagnosticado, é fator importante para que o indivíduo procure por assistência profissional. Muitos sintomas não são sustentados por evidências físicas ou

patológicas diretamente e são classificadas como sendo de origem emocional ou psicológica. Os sintomas refletem experiências subjetivas das funções bio-psicossocial, bem como da percepção e do nível de cognição de cada um. É natural que os pacientes associem suas queixas às condições clínicas identificadas por profissionais médicos (CHEN & TSAI, 2012).

As crenças individuais e percepções sobre a própria condição de saúde está associada com as queixas referidas pelos pacientes hipertensos após o seu diagnóstico. Os sintomas podem ser menosprezados pelos clínicos, mas são valorizados pelos indivíduos diante de suas crenças pessoais (GÁMEZ et al., 2006) As situações de emergência que justificariam a presença em serviços de emergência são aquelas associadas à crise hipertensiva, que é uma ocorrência comum em tais serviços, representando cerca de 3% do total de atendimentos. Esta é uma situação que pode ser caracterizada como emergência hipertensiva, quando há uma elevação grave da pressão arterial em conjunto com lesão de órgão alvo bem definida, e a urgência hipertensiva que não está associada com danos à órgãos alvo, mas significa risco se não tratada (BENDER et al., 2006).

Em pacientes hipertensos sob tratamento farmacológico, os sintomas citados por eles estão mais consistentemente relacionados a fatores psicológicos que aos níveis tensionais ou ao tratamento administrado. A cefaleia é o sintoma mais característico de indivíduos que referem aumento da PA devido à queixa principal. A elevação da PA, tanto para os pacientes quanto para muitos médicos, seria a causa da cefaleia (LIMA et al., 2005). Outros sintomas muito frequentes em pacientes que buscam atendimento em serviços de emergência são, além de cefaleia, tonturas, visão turva, agitação psicomotora, fadiga, náusea, epistaxe e desconforto ou dor no peito (BENDER et al., 2006), além de queixas também musculoesqueléticas (KERKHOFF et al., 2012).

Há controvérsias em relação a cefaleia e o aumento da PA. Há estudos que referem associação e outros não. Em estudo realizado em unidade de emergência nos Estados Unidos, chegou-se a conclusão de que embora haja uma associação entre PA elevada e cefaleia entre os pacientes que se são admitidos em unidades de emergência, não haveria associação entre a melhora na cefaléia e a melhora da PA (FRIEDMAN et al., 2014). Em uma metanálise evidenciou-se que hipertensos que trataram a doença com anti-hipertensivos queixaram cefaleia em menor

proporção que aqueles que foram tratados com placebo, sugerindo assim que a redução da PA evita cefaleia em hipertensos (LAW, MORRIS et al., 2005).

Muitos sintomas, atribuídos pelos pacientes à elevação da PA, foram identificados como fatores de confusão pelos profissionais e não associados com a PA no momento da consulta. Pacientes hipertensos tendem a referir sintomas específicos ligados a doença, aqueles em tratamento relacionam em menor proporção sintomas com a doença, mas por outro lado associam sintomas com os medicamentos para a HAS. Ressalta-se que a presença de sintomas associados a HAS é comum, independente do tratamento e que as condutas terapêuticas com em a população de hipertensos reduz a associação de sintomas com a doença ao longo do tempo (KJELLGREN et al., 1998).

Estudo realizado em serviço de emergência de um hospital público em Porto Alegre - RS descrevendo o perfil de pacientes com crise hipertensiva na unidade, identificou maior parte de hipertensos com queixas de cefaleia, tontura, dor precordial, náuseas e epistaxe. Nesse estudo não houve análise de associação entre os valores de PA e as queixas referidas (SIQUEIRA et al., 2015).

Outros estudos descrevem queixas como cefaleia, mal-estar, palpitações, dor torácica e dor cervical como associadas aos valores da PA em pacientes a nível ambulatorial (PÉRES et al., 2003; GÁMEZ et al., 2006; MIDDEKE et al., 2008).

Cefaleia, dor no peito e crise hipertensiva estão entre as principais razões clínicas na procura por unidade de emergência e a HAS é a comorbidade mais frequente nessa demanda (DAGAR et al., 2014).

3.3 Atendimento de urgência/emergência e a hipertensão arterial

Dentro da organização do sistema de saúde brasileiro, morbidades crônicas como a HAS, devem receber a primeira atenção para diagnóstico e tratamento, bem como seguimento, nas unidades primárias ou também conhecidas como Unidades Básicas de Saúde. Vários programas com especificidades para doenças como diabetes, hipertensão arterial e asma fazem parte da rotina de atendimento nessas unidades. O paciente hipertenso, como doente crônico, é assistido em ambulatório nesse nível do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No entanto, as unidades básicas não são procuradas quando os pacientes identificam situações tidas por eles como emergenciais, ou quando buscam alívio para os sintomas como cefaleia, dor no peito ou mesmo palpitações. Em momentos assim as unidades básicas perdem o atrativo, pois os pacientes percebem que ali não haverá acesso aos medicamentos imediatamente, os exames serão solicitados e não realizados naquele momento do atendimento. Diante disso, é que se identifica o direcionamento dessa demanda para unidades de emergência em busca de soluções imediatas para suas queixas, com consequente sobrecarga nessas unidades, de modo que ficam superlotadas e comprometem a qualidade da assistência prestada à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ESCOREL et al., 2007; HENRIQUE et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2015).

As unidades de emergência são vistas como solução para aqueles com dificuldade ao acesso à atenção básica e mesmo para aqueles que, sendo atendidos no nível primário da assistência não veem seus problemas resolvidos e que permanecem sem controle de suas morbidades; muitos referem não ter acesso a medicamentos nas unidades básicas e há também aqueles que desacreditam nessas unidades (HENRIQUE et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2015). A busca por assistência em unidade de urgências é justificada por atenderem pacientes por demanda espontânea, caracterizadas como unidades de “porta-de-entrada”, abertas nas 24 horas e acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes sem vínculo na atenção primária e especializada e as urgências sociais. Identifica-se assim, que a demanda atendida nessas unidades misturam-se de forma que ficam superlotadas e comprometem a qualidade da assistência prestada à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No SUS o atendimento a urgências/emergências é articulado e integrado todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários com a agilidade necessária para cada tipo de caso. A intenção da rede é priorizar linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Entre os componentes dessa rede estão presentes as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, SAMU 192, portas hospitalares de atenção às urgências, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As unidades de emergências funcionam em tempo integral e ininterrupto e se caracterizam por diversos tipos de atendimentos com comprometimento da saúde

seja por doenças, traumas ou acidentes. A demanda nessas unidades é influenciada pela forma como o sistema de saúde se organiza e também pela ausência de estruturação desses mesmos serviços. Para muitos a unidade de emergência é sinônimo de resolutividade, melhor atendimento e acesso à melhor tecnologia disponível. Assim, mesmo que a situação não justifique a busca por esse tipo de assistência, pode estar refletindo dificuldades de acesso e utilização dos serviços na atenção básica, onde há pouca disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos, dificuldade de acesso, com demora na marcação de consultas, longas filas de espera e horários restritos (GARCIA & REIS, 2014; ACOSTA & LIMA, 2015).

As queixas dos pacientes atendidos em prontos-socorros são diferentes a depender do estudo analisado. Olivati et al (2010) identificaram em um pronto-socorro municipal maior procura de atendimento por queixas relacionadas a acidentes diversos recentes, seguido de queixas respiratórias, porém não deixou de registrar casos indevidos em tal pronto-socorro, como consultas de retornos etc. Outro estudo em pronto-socorro de um hospital universitário também identificou acidentes como a principal queixa dos pacientes admitidos, seguidos de AVE (MAGNAGO et al., 2011). Já no pronto-socorro da Santa Casa em Minas Gerais foi identificada queixa do tipo “mal-estar em adulto” em proporção maior que outras possíveis queixas de admissão na unidade (GUEDES et al., 2015). Evidencia-se assim que as queixas são diversas, porém a superlotação de unidades de emergência por pacientes com queixas identificadas como não emergenciais é comum.

O crescimento da demanda nos serviços de emergência provocou novas organizações nesses locais. O Ministério da Saúde do Brasil, priorizando o atendimento aos pacientes graves, implantou o acolhimento com classificação de risco nas unidades do sistema único de saúde (SUS). Com a classificação de risco o paciente passa a ser atendido conforme sua gravidade: alta gravidade (vermelho), média gravidade (amarelo) e baixa gravidade (verde) para que assim seja direcionado o fluxo de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A prioridade ao paciente em prontos socorros brasileiros antes da implantação do acolhimento e classificação de risco era estabelecida apenas pela ordem de chegada, sem classificação nenhuma com profissional de saúde, o que predisponha a situações indesejáveis como o agravamento do quadro clínico do

paciente, ou mesmo a evolução para o óbito pela demora no atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com o acolhimento e classificação de risco implantados nos serviços de emergência do SUS ocorreu a ampliação da resolutividade dos casos, priorizando pacientes com maior complexidade diminui o número de mortes evitáveis, sequelas, internações, sofrimento dos usuários e de seus familiares (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012) e também abriram portas para que o perfil clínico-epidemiológico dessa demanda de pacientes passasse a ser definido de forma mais clara quanto à gravidade.

Estudos realizados após a implantação dessa classificação têm mostrado que as unidades de emergência estão repletas de pacientes de baixa gravidade que deveriam estar nas unidades de atenção básicas (PHILIPS et al., 2010; GARCIA & REIS 2014; SANCHES et al., 2015).

A atenção básica foi criada pelo SUS com o objetivo de atender as demandas básicas da população frente a problemas de saúde diversos gerando vínculo entre elas, porém a atenção básica não consegue suprir todas necessidades dos pacientes para concluir o atendimento e fixar o vínculo, como por exemplo, a falta de medicamentos ou profissionais, desmotivando os retornos e influenciando diretamente na decisão dos pacientes em procurarem unidades de emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ESCOREL et al., 2007; HENRIQUE et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2015). Assim, o controle pressórico nem sempre é atingido em pacientes hipertensos, o que contribui para a escolha pelas unidades de emergência (SIQUEIRA et al., 2015).

O presente estudo pretende analisar as queixas referidas com a prevalência da hipertensão arterial, conhecimento prévio do diagnóstico, tratamento e controle da doença em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipologia

Estudo observacional transversal com população de serviço de urgência 24 horas não hospitalar público selecionados aleatoriamente, a partir da aplicação dos critérios de elegibilidade.

4.2 Local

A coleta de dados foi realizada no setor de emergência do CAIS - Centro de assistência integral à Saúde - Jardim Novo Mundo localizado no Bairro Jardim Novo Mundo na cidade de Goiânia. Trata-se de unidade mista do SUS, com atendimento ambulatorial (7 às 19 horas) e atendimentos de média complexidade com atendimento de emergência 24 horas.

Após atendimento de urgência/emergência, caso o paciente necessite de internação, esse é encaminhado para algum hospital do SUS ou unidade conveniada. Esses encaminhamentos recebem sempre a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

4.3 População do estudo

Participaram do estudo os usuários do serviço que compareceram à unidade em busca de atendimento de urgência/emergência no período definido para a coleta de dados do estudo, que compreendeu de julho até novembro de 2016. Foram selecionados aleatoriamente, desde que apresentassem os critérios de elegibilidade definidos para o estudo.

4.4 Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado se tratar de estudo transversal e foi utilizada a proporção estimada de 23,6% de hipertensão arterial em serviço de emergência (MCNAUGHTON et al., 2015). Foi considerada a precisão absoluta de 5 e nível de significância de 5%. O tamanho da amostra calculada foi de

277 participantes e foram acrescentados 10% sobre este total para a provável reposição de perdas - impossibilidade de colher todos os dados, retirada de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando 304 pacientes.

A equação utilizada para o cálculo foi: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

A amostra foi alcançada no período de quatro meses (julho a novembro de 2016).

4.5 Plano amostral

A seleção dos participantes se deu de forma aleatória entre às 7 horas até às 23 horas, considerando os três turnos de atendimento na unidade na sala da classificação de risco. A média de atendimento geral no serviço de emergência diariamente é de aproximadamente 220 pacientes, incluindo aqueles que não passam pela CR.

O período matutino foi definido das 07 horas às 13 horas; o vespertino de 13 horas às 19 horas, e; o noturno de 19 horas às 23 horas. A amostragem foi realizada em todos os turnos e foram coletados dados todos os dias da semana, com repetição dos dias pelo menos três vezes.

4.5.1 Aleatorização dos participantes

A coleta de dados era iniciada em cada dia com o primeiro paciente que adentrava na sala de classificação de risco; esse era avaliado pelas pesquisadoras quanto aos critérios de elegibilidade e em seguida, convidados para participarem do estudo com aplicação do TCLE. Todos que aceitavam participar do estudo prosseguiram com a coleta de dados, sendo acompanhados pela pesquisadora até a finalização do atendimento.

Para garantir a aleatorização dos pacientes, o segundo participante só era abordado após o quarto paciente ter passado pela sala de classificação de risco, e assim, sucessivamente. O número de pacientes abordados por dia obedeceu a demanda proporcional no dia da semana/turno e também a disponibilidade das pesquisadoras.

4.6 Critérios de elegibilidade

4.6.1 Critérios de inclusão

- Idade maior que 18 anos;
- Estar consciente e orientado no tempo e espaço;
- Ter sido avaliado por enfermeiro na sala de classificação de risco previamente a abordagem da pesquisadora.

4.6.2 Critérios de exclusão

- Pacientes vítimas de qualquer tipo de trauma;
- Pacientes admitidos pelo serviço de urgência móvel;
- Pacientes em seguimento por diagnóstico de dengue.

4.6.3 Variáveis e categorias do estudo

- Variáveis sociodemográficas:

Idade: foi registrada a data de nascimento e calculada a idade em anos de vida completos na época da coleta de dados;

Sexo: masculino ou feminino;

Raça: foi considerada a cor da pele (branca ou não branca), verificada pelas pesquisadoras;

- Variáveis clínicas/estudo:

Turno: período do dia em que o paciente foi abordado pela pesquisadora, distribuído em período matutino (07 às 13horas); vespertino (13 às 19 horas) e noturno (19 às 23 horas).

PA: registrada a pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) em milímetro de mercúrio (mmHg); registrado no questionário a PA aferida pelos profissionais do serviço na classificação de risco e, após consulta médica, aferida pela pesquisadora.

Medicações: consideradas todas as medicações de uso contínuo referida pelo paciente.

Medicações prescritas na unidade: registrado os nomes conforme registro na ficha clínica;

Morbidades: foram consideradas aquelas em que o paciente referiu ter sido diagnosticada por profissional médico.

Tabagismo: assinalado com no questionário a resposta do paciente, sendo considerado tabagista aquele que referiu o hábito de fumar pelo menos uma vez por semana, não tabagista aquele que não fumava e ex-tabagistas quem estava há pelo menos seis meses sem fumar.

Ingestão de bebida alcoólica: sim para aqueles que referiam ter o hábito de ingerir mesmo que fosse apenas ocasionalmente e não para aqueles que negassem o consumo de álcool em qualquer ocasião.

Atividade física: presente para aqueles que referiram atividade pelo menos duas vezes por semana ou ausente quando fosse inferior a isso.

Massa corporal e estatura: referidas pelo paciente.

Gravidade: conforme a classificação de risco registrada na ficha clínica pela enfermeira do serviço, de acordo com o protocolo de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2015): verde, sem risco eminente de morte (tempo de espera até 3 horas); amarelo, urgência (tempo de espera até 15 minutos); e vermelho, emergência (atendimento imediato).

Distribuição semanal: foi registrado o dia da semana em que foi feito o atendimento.

Classificação da PA dos pacientes: foram classificados como normotensos todos aqueles com valores pressóricos, aferidos pelas pesquisadoras, inferiores a 140/90 mmHg e que não usavam nenhum anti-hipertensivo. Os valores considerados para esta classificação foram aqueles da aferição da PA realizada após atendimento médico pelas pesquisadoras e sem a realização de qualquer procedimento invasivo ou administração de medicamentos.

Prevalência: foi considerado hipertenso todo aquele que apresentava valores pressóricos alterados ($PA \geq 140/90$ mmHg) ou que, independente dos valores pressóricos, referisse uso de anti-hipertensivos.

Conhecimento: considerou-se como morbidade referida pelos pacientes que procuraram o serviço de emergência, independente de diagnóstico médico ou mesmo dos valores pressóricos e tratamento.

Tratamento: calculou-se a taxa de tratamento a partir da referência dos pacientes sobre o uso de anti-hipertensivo.

Controle: a taxa de controle foi calculada considerando os valores pressóricos aferidos pela pesquisadora (PA<140x90mmHg) e o número daqueles que referiram uso de anti-hipertensivo.

Categorização das queixas referidas:

a) Foram consideradas todas as queixas referidas no momento do atendimento na emergência e os sinais e/ou sintomas que o paciente priorizou como determinante para sua ida à emergência.

A partir desse registro utilizou-se do sistema de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*) para a classificação. Esse sistema foi proposto na Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem e usado em vários países do mundo. É um sistema que apresenta 43 sinais/sintomas quando aplicados em indivíduo adulto. A partir da queixa principal do usuário foi identificado qual o melhor sinal/sintoma no modelo de Manchester (Freitas 2002). Ele encontra-se resumido e anexado no questionário (Anexo B).

b) Vários estudos descrevem as principais queixas que os pacientes associaram à PA, sendo elas: **cefaleia, mal-estar, palpitações, dor torácica e dor cervical** (PÉRES et al., 2003; GÁMEZ et al., 2006; MIDDEKE et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2015). Essas cinco queixas foram identificadas como as principais queixas percebidas pelos pacientes como associadas à HAS e foram agrupadas e categorizadas como queixas relacionadas à pressão arterial. As demais foram identificadas como não relacionadas tais como: alergia, asma, diabetes, diarreia e/ou vômitos, dispneia no adulto, dor abdominal, dor de garganta, dor lombar, exposição a agente químico, feridas, gravidez, infecções locais e abscessos, mordedura e picadas, overdose e envenenamento, problemas em extremidades, problemas em face, problemas em olhos, problemas em ouvidos, problemas urinários, quedas e sangramento vaginal.

c) Após a classificação das queixas relacionadas a PA, foi feita a categorização de todas aquelas registradas no Sistema de Manchester, construindo duas categorias:

- Tipo 1 –queixas mais frequentes relacionadas pelos pacientes e que associam com a PA - **cefaleia, mal-estar, palpitações, dor torácica e dor cervical;**
- Tipo 2 – as demais, não enquadradas dentro das cinco mais frequentes queixas que os pacientes associam à PA.

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em diferentes momentos e de diferentes fontes, sendo que parte dos dados foi coletado diretamente da ficha de atendimento do paciente, como idade, gravidade, data e hora do atendimento.

No primeiro momento, houve coleta de dados da ficha de atendimento da unidade e coleta diretamente com o paciente dentro da sala de classificação de risco para a assinatura de TCLE (Apêndice A).

O segundo e último momento aconteceu após o atendimento médico e foi realizada a aferição da PA pelas pesquisadoras. Essa aferição foi realizada conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016) utilizando aparelho certificado marca OHMRON, modelo HEM-705CP, validados por instituições internacionais e recomendado para ser utilizado em estudos epidemiológicos (SILVA, TASCA et al., 2004).

As medidas de PA foram realizadas com a seguinte frequência:

- Uma medida feita pelo profissional e aparelho do serviço na sala de classificação de risco.

Medidas realizadas pelas pesquisadoras capacitadas para a coleta de dados:

- Três medidas no consultório de enfermagem após atendimento médico, intercalando uma aferição da outra com intervalo de pelo menos um minuto entre elas, e para fins de análise foi utilizada a média das duas últimas aferições.

Nenhuma aferição foi realizada após administração de medicamento ou procedimento invasivo. Caso o paciente tivesse passado por alguma dessa situação antes da chegada da pesquisadora ele era retirado da pesquisa.

4.8 Desenho do estudo

O estudo foi realizado em fases:

4.8.1 Chegada do paciente na unidade por livre demanda

Os pacientes ao adentrarem na unidade realizaram a ficha de atendimento com profissionais administrativos informando nome completo, data de nascimento, nome da mãe, endereço e telefone. Após o preenchimento da ficha o mesmo aguardava na recepção principal para passar pela classificação de risco, com profissional enfermeiro.

4.8.2 Fase 1 - Primeira abordagem

Ao ser chamado para a sala de classificação de risco o paciente recebia o atendimento da enfermeira do serviço e, logo após, era abordado pelas pesquisadoras previamente qualificadas para tal procedimento, sendo todas enfermeiras. Na abordagem, o paciente ainda na sala de classificação de risco, recebia informação da pesquisa e era convidado para participar do estudo com aplicação do TCLE (Apêndice A).

Para aqueles que concordavam participar da pesquisa e enquanto era aferida a PA pelo profissional do serviço (técnico de enfermagem ou enfermeiro), conforme rotina do serviço, as informações da ficha clínica eram transcritas para o questionário.

4.8.3 Fase 2 - Segunda e última abordagem

Após a classificação de risco e aplicados os critérios de elegibilidade os pacientes eram orientados a aguardarem o atendimento médico e retornarem para aferição da PA pela pesquisadora e também aplicação de questionário específico da pesquisa. (Apêndice B).

Posteriormente o paciente era liberado para prosseguir conforme a encaminhamento do profissional médico (alta, exames, internação, medicação etc).

4.9 Análise estatística

Os dados foram colhidos diretamente com os participantes e registrados em formulários impressos que, a seguir foram digitados em planilha eletrônica (Excel – Microsoft Office) para, posterior análise com utilização do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0.

As variáveis qualitativas foram apresentadas em números absolutos e proporções; a análise de associação entre elas foi realizada com aplicação do teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando conveniente. As variáveis quantitativas foram apresentadas com suas médias, desvios-padrão, medianas e intervalos de confiança. A análise de associação entre médias foi feita com aplicação do teste T-student para amostras independentes ou ANOVA quando apresentavam distribuição normal como resultado do teste de Kolmogorov-Smirnof; variáveis quantitativas não paramétricas foram analisadas com o teste de Kruskal Willis ou Mann Whitney. Todos os testes foram aplicados considerando uma probabilidade de 5% de erro e um intervalo de confiança de 95%.

4.10 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiânia – GO, sob o número CAEE 53159116.7.0000.5078 (Anexo A) e todos participantes assinaram o TCLE antes de qualquer procedimento da pesquisa.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 305 pacientes, com idade média de 39,4 ($\pm 15,7$) anos semelhante entre os sexos; o sexo feminino representou da amostra (189; 62,0% - $p < 0,05$).

Houve maior participação de pacientes menores de 60 anos, 268 (87,9%). A cor da pele não branca foi identificada em 186 (61,0%) dos pacientes e o tabagismo esteve presente em 35 (11,5%). A atividade física foi ausente em 247 (81,0%). As mulheres informaram ser mais sedentárias do que os homens (160; 64,8% e 87; 35,2% - $p = 0,037$), e o alcoolismo 116 (38,0%), onde as mulheres referiram menor ingestão de bebida alcoólica (50; 26,5% e 66; 56,9% - $p < 0,001$).

A média do Índice de Massa Corporal (IMC) foi 26,1Kg/m². Não houve diferença do IMC entre homens (26,7Kg/m²) e mulheres (25,7Kg/m²). Dentre os participantes do estudo, 56 (18,4%) foram identificados como obesos e 127 (41,6%) estavam com sobrepeso, e os homens apresentaram maior proporção de obesidade e sobrepeso ($p = 0,025$).

Não houve diferença significativa da frequência da demanda nos diferentes dias da semana e nem quando considerado o final de semana em comparação aos dias úteis, embora tenha sido identificada menor demanda aos sábados e domingos; sendo que domingo foi o dia da semana com a menor média de demanda por atendimento quando comparado com os demais dias da semana ($p < 0,001$).

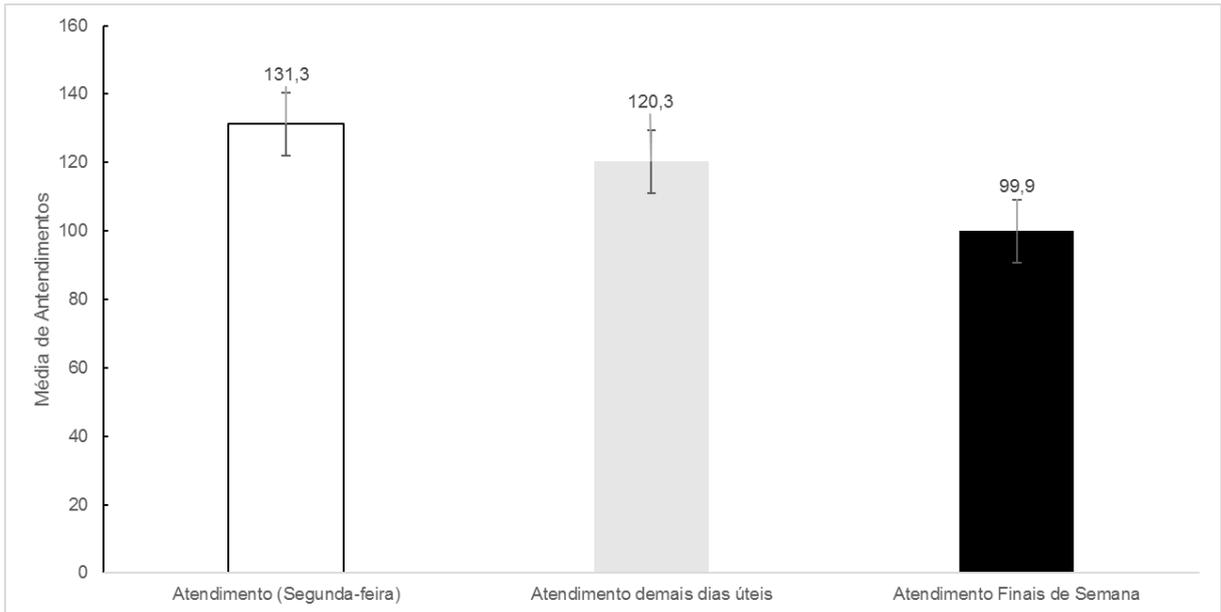
A segunda-feira ($n = 641$; média de 131,3; $\pm 2,5$) foi o dia da semana com a maior média proporcional de atendimentos/dia em comparação com o final de semana ($n = 599$; média de 99,9; $\pm 4,9$ - $p < 0,001$) (Gráfico 1).

A distribuição da demanda de pacientes pelo turno foi semelhante entre os sexos e faixa etária, ou seja, pacientes de ambos sexos e todas as faixas etárias procuraram o serviço de emergência de forma proporcionalmente igual com relação aos horários do dia. O pico de maior procura inicia-se pela manhã e vai diminuindo no decorrer do dia, sendo a noite o período de menor procura.

Na amostra 260 (85,2%) participantes receberam alta médica após a consulta e 45 (14,8%) necessitaram transferência para unidade de internação hospitalar. Dos pacientes que receberam alta médica, 223 (86,8%) foram classificados como baixa gravidade e entre aqueles que necessitaram de internação

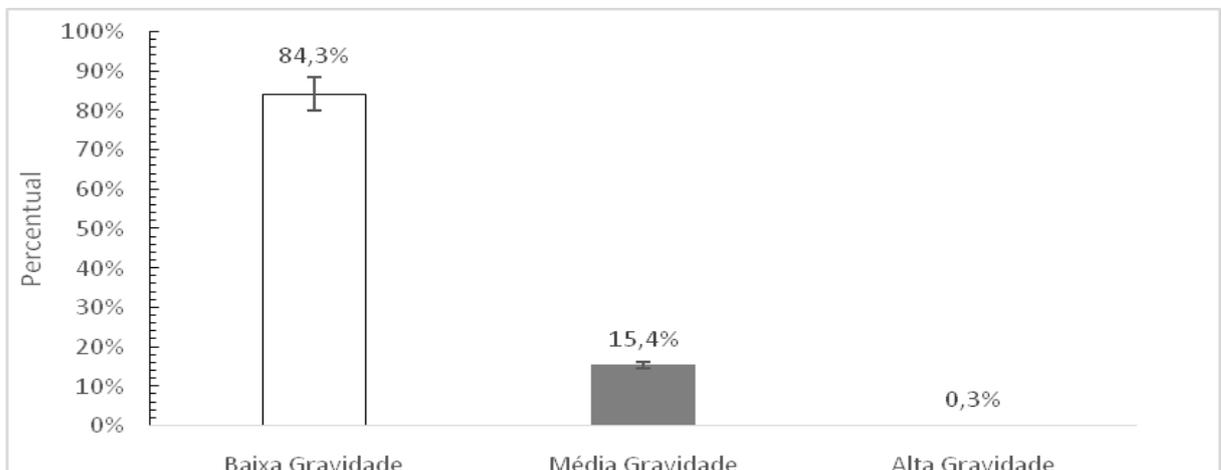
hospitalar, 10 (21,3%) eram de média gravidade ($p=0,20$), o restante era de baixa gravidade. Não houve diferença do destino final em relação ao sexo e a faixa etária e nenhum dos pacientes entrevistados evoluiu para óbito.

Gráfico 1 – Distribuição da média de atendimento comparando finais de semana com segundas-feiras e demais dias úteis em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.



De acordo com a classificação de risco 257 (84,3%) apresentavam baixa gravidade, 47 (15,4%) média gravidade, e apenas um paciente (0,3%) como de alta gravidade (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da classificação de risco de pacientes que consultaram em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.



A CR com gravidade média foi maior entre o sexo masculino 24 (20,7%) que entre o feminino 23; 12,2% - $p=0,103$. Houve maior proporção de pacientes maiores de 60 anos 14 (37,8%) classificados com média gravidade em comparação aos menores de 60 anos 33;12, 3% - $p<0,001$.

No que diz respeito ao estilo de vida, pacientes ex-tabagistas apresentaram CR de gravidade média em maior proporção 12 (31,6%) quando comparados àqueles que nunca fumaram 32; 13,8% - $p=0,047$.

Do total da amostra 110 (36,1%) referiram ter alguma morbidade prévia, sendo a HAS a principal doença referida 41 (13,4%). Quando associada à outras morbidades a frequência de HAS alcançou 22,6% (69) casos.

Dentre os pacientes entrevistados no serviço de emergência, 121 (40,0%) deles referiram ingerir algum tipo de medicamento diariamente, sendo que os medicamentos anti-hipertensivos foram os mais ingeridos, associados ou não a outros medicamentos 68 (22,4%).

De acordo com as queixas referidas pelos pacientes 101 (33,1%) foram do tipo 1, conforme classificação adotada nesse estudo. Não houve associação dessas categorias com a classificação de risco por gravidade; daqueles classificados com baixa gravidade (verde), 85 (33,1%) apresentavam queixas do tipo 1 e entre os de média gravidade (amarelos), foram identificados 16 (34,0%) (Tabela 1).

Nesse estudo identificamos 43% dos pacientes com queixas álgicas.

Tabela 1 – Distribuição das queixas referidas segundo sistema de classificação de risco em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

Queixas	Classificação de Risco			p*
	Verde n (%)	Amarelo n (%)	Vermelho n (%)	
				0,774
Tipo 1	85 (33,1)	16 (34,0)	---	
Tipo 2	172 (66,9)	31 (66,0)	1 (100,00)	
Total	257 (84,3)	47 (15,4)	1 (0,3)	

*Qui-quadrado

As queixas referidas pelos pacientes, quando analisadas pela classificação adotada pelo estudo, não apresentaram diferença estatística entre as variáveis sociodemográficas e nem entre as variáveis específicas do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das queixas referidas pelos pacientes segundo variáveis sociodemográficas e específicas do estudo em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

Variáveis	Queixas		p*
	Tipo 1 n (%)	Tipo 2 n (%)	
Sexo			0,545
Feminino	65 (64,4)	124 (60,8)	
Masculino	36 (35,6)	80 (39,2)	
Faixa etária			0,515
< 60 anos	87 (86,1)	181 (88,7)	
>= 60 anos	14 (13,9)	23 (11,3)	
Raça			0,395
Branca	36 (35,6)	83 (40,7)	
Não branca	65 (64,4)	121 (59,3)	
Dia de atendimento			0,946
Final de semana	18 (17,8)	37 (18,1)	
Dias úteis	83 (82,2)	167 (81,9)	
Turno de atendimento			0,219
Diurno (7 – 19)	83 (82,2)	155 (76,0)	
Noturno (19 – 23)	18 (17,8)	49 (24,0)	

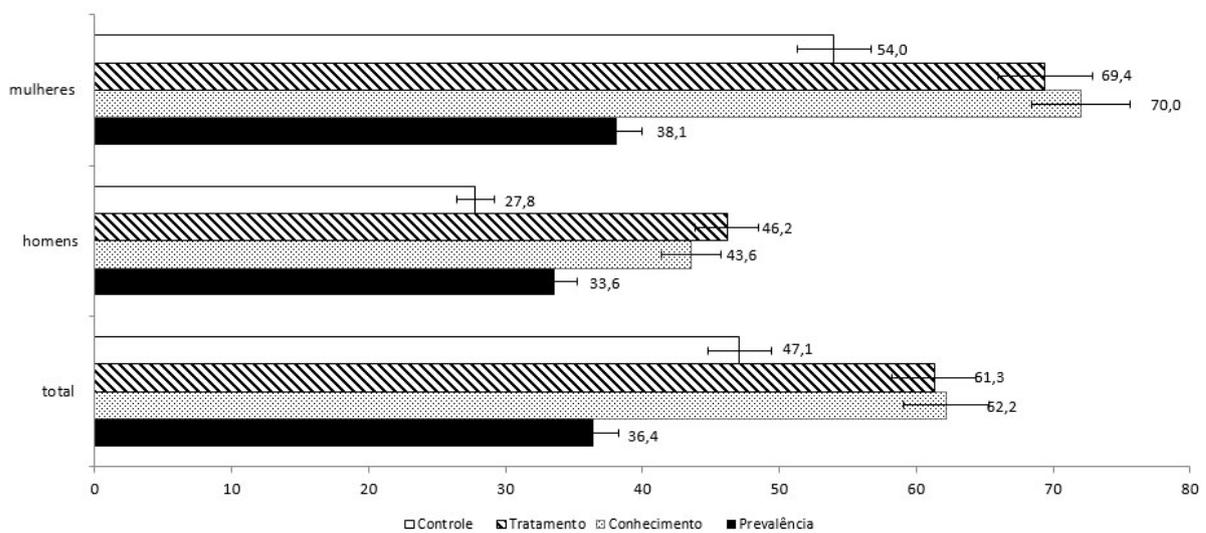
*Qui-quadrado

Dentre os hipertensos 69 (62,2%) referiram conhecimento sobre o diagnóstico da doença. O tratamento anti-hipertensivo foi identificado em 68 (61,3%) daqueles classificados como hipertensos, de acordo com os critérios desse estudo.

Daqueles que referiram usar anti-hipertensivo, 32 (47,1%) apresentavam valores pressóricos considerados sob controle (PA<140/90mmHg) (gráfico 3).

Houve diferença na distribuição segundo a variável sexo somente para as taxas de conhecimento ($p=0,009$) e tratamento ($p=0,016$), com as mulheres apresentando taxas superiores. As taxas de controle foram limítrofes ($p=0,056$).

Gráfico 3 – Distribuição das variáveis prevalência, conhecimento, tratamento e controle segundo o sexo em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.



Foram identificados 111 (36,4%) indivíduos hipertensos, de acordo com os critérios adotados nesse estudo. Os pacientes com queixas do tipo 1 relacionaram seus sintomas com a PA em maior proporção ($p=0,011$). Não houve diferença entre as queixas do tipo 1 e 2 quando analisadas em pacientes hipertensos ou não hipertensos e mesmo quando consideradas as variáveis de conhecimento, tratamento e controle pressórico (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das queixas referidas pelos pacientes em tipo 1 e 2 e sua relação com a pressão arterial e a presença de hipertensão arterial sistêmica em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

	Queixa		p*
	Tipo 1 n (%)	Tipo 2 n (%)	
Relaciona com a PA			0,011
Sim	35 (34,7)	43 (21,1)	
Não	66 (65,3)	161 (78,9)	
Hipertensão Arterial			0,848
Sim	36 (35,6)	75 (36,8)	
Não	65 (64,4)	129 (63,2)	
Conhecimento de HAS			0,263
Sim	19 (18,8)	50 (24,5)	
Não	82 (81,2)	154(75,5)	
Tratamento HAS			0,657
Sim	21 (20,8)	47 (23,0)	
Não	80 (79,2)	157 (77,0)	
Controle pressórico			0,144
Sim	76 (75,2)	168 (82,4)	
Não	25 (24,8)	36 (17,6)	

*Qui-quadrado

Ao analisar a presença de HAS por variáveis sociodemográficas e específicas do estudo, predominaram pacientes idosos de modo significativo ($p < 0,001$). Os dias da semana e os períodos do dia não influenciaram na busca por atendimento de emergência entre pacientes hipertensos ou não hipertensos. Foi identificado que pacientes hipertensos associam suas queixas com a PA mais que

os não hipertensos (43; 38,7% e 35; 18,0% - $p < 0,001$) e também recebem classificação de média gravidade em maior proporção que pacientes não hipertensos ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e específicas do estudo segundo o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

	Hipertensão Arterial		p*
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			0,430
Masculino	39 (64,9)	77 (60,3)	
Feminino	72 (35,1)	117 (39,7)	
Raça			0,124
Branco	37 (33,3)	82 (42,3)	
Não branco	48 (66,7)	138 (57,7)	
Faixa etária			<0,001
< 60	79 (71,2)	189 (97,4)	
>=60 anos	32 (28,8)	5 (2,6)	
Dias da semana			0,533
Final de semana	18 (16,2)	37 (19,1)	
Dias úteis	93 (83,8)	157 (80,9)	
Turno			0,691
Diurno	88 (79,3)	150 (77,3)	
Noturno	23 (20,7)	44 (22,7)	
Classificação de risco			<0,001
Verde	80 (72,1)	177(91,2)	
Amarelo	31 (27,9)	16 (8,2)	
Vermelho	--	1 (0,5)	
Relaciona com a PA			<0,001
Sim	43(38,7)	35 (18,0)	
Não	68(61,3)	194 (63,6)	

*Qui-quadrado

Pacientes hipertensos não apresentaram diferença nas médias de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) quando comparadas as

aferições realizadas pela equipe de enfermagem do serviço e pelas enfermeiras da pesquisa; enquanto houve diferença significativa, tanto na PAS quanto na PAD, em pacientes normotensos, com valores pressóricos mais elevados na primeira aferição de PA, realizada pela equipe de enfermagem da classificação de risco (Tabela 5).

As médias de valores da PAS aferidos pela pesquisadora foram significativamente maiores entre os homens ($147,3 \pm 18,1$ e $139,5 \pm 20,0$ – $p= 0,046$); e a PAD não apresentou valores diferentes entre os sexos. Quando a PA foi aferida na classificação de risco, houve diferença entre as médias de PAD, com os homens apresentando também valores superiores ($93,1 \pm 13,3$ e $86,8 \pm 14,0$ – $p= 0,024$) e sem diferença nos valores de PAS.

Quando analisados segundo faixa etária (idoso/não idoso), as médias de PAS aferidas pelas pesquisadoras apresentaram valores superiores naqueles maiores de 60 anos ($150,6 \pm 22,3$ e $138,8 \pm 17,4$; $p=0,004$); nas médias de PAD os valores foram maiores naqueles com idade inferior a 60 anos ($90,1 \pm 11,7$ e $81,7 \pm 10,9$; $p=0,001$). Já as aferições realizadas pelos profissionais na Classificação de risco só apresentaram diferença nas médias de PAD, com valores superiores para aqueles menores de 60 anos ($91,6 \pm 14,2$ e $82,6 \pm 11,2$ – $p =0,002$).

Tabela 5 – Comparação de valores pressóricos aferidos por diferentes profissionais em dois momentos entre pacientes hipertensos e normotensos em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

Hipertensão Arterial Sistêmica	Profissional – Classificação de risco		Pesquisadora		
	Média (DP*)	p**	Média (DP*)	p**	p***
Sim (n=111)					
PAS	142,7 (22,8)	-	142,2 (19,6)	-	0,861
PAD	89,0 (14,0)	-	87,7 (12,1)	-	0,127
Não (n=194)					
PAS	121,4 (14,3)	<0,001	117,4 (11,5)	<0,001	0,003
PAD	78,6 (9,6)	<0,001	74,1 (7,9)	<0,001	<0,001

* DP (Desvio padrão), ** valor de p - Qui-quadrado - intra-grupo; *** valor de p - Qui-quadrado - entre grupos; PAS (Pressão arterial sistólica), PAD (Pressão arterial diastólica).

A PAS, quando analisada de acordo com os sintomas relacionados à PA, apresentou médias superiores entre aqueles que relacionam tais sintomas, seja aferida pelo profissional da classificação de risco ou pelas pesquisadoras; não ocorreu o mesmo comportamento com a PAD. Não houve diferença nas médias, tanto de PAS quanto de PAD, quando aferidas por diferentes profissionais, seja entre aqueles que relacionaram a PA ou não com os sintomas (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação dos valores pressóricos aferidos por diferentes profissionais e a relação com sintomas referidos pelos pacientes hipertensos em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

Relaciona sintoma com PA	Profissional – Classificação de risco		Pesquisadora		
	Média (DP*)	p*	Média (DP*)	p*	p**
Sim (n=30)					
PAS	150,2 (23,0)	-	147,2 (21,8)	-	0,532
PAD	91,2 (15,2)	-	88,0 (13,2)	-	0,187
Não (n=43)					
PAS	138,0 (21,6)	0,005	139,1 (17,5)	0,032	0,949
PAD	87,7 (13,1)	0,199	87,5 (11,4)	0,927	0,819

* DP (Desvio padrão), *valor de p - Qui-quadrado - intra-grupo; ** valor de p - Qui-quadrado - entre grupos; PAS (Pressão arterial sistólica), PAD (Pressão arterial diastólica).

Dentre aqueles identificados como hipertensos 68 (61,3%) não relacionaram suas queixas com os valores pressóricos ($p=0,018$); dentre 43 hipertensos que relacionaram seus sintomas com a PA, 20 (46,5%) identificaram queixas tipo 1, sem associação estatística ($p>0,05$) e as principais queixas apresentadas por eles foram: cefaleia 10 (23,3%), seguida por “problemas em extremidades” em 9 (20,9%), seguida por mal-estar 6 (14,0%) e dor abdominal 5 (11,6%).

Dentre os 111 pacientes identificados como hipertensos verificou-se que 43 (38,7%) deles não faziam tratamento ($p=0,018$). Não houve associação entre os hipertensos que relacionavam seus sintomas com a PA e o uso de anti-hipertensivos, ou seja, tratar ou não a HAS não influenciou os hipertensos a relacionarem seus sintomas/queixas com a PA. Também não houve associação entre as queixas tipo 1 e 2 e estar tratando ou não.

O tratamento da HAS foi proporcionalmente maior entre as mulheres (50; 69,4% e 18; 46,2% - $p=0,016$).

Quando analisado o tratamento por faixa etária (idosos/não idosos), identificou-se que os idosos ($n=32$) tratavam mais a HAS (27; 84,4% e 41; 51,9% - $p=0,001$).

Hipertensos do sexo feminino relacionaram mais seus sintomas com a PA em relação ao sexo masculino (33; 45,8% e 10; 25,6% - $p=0,037$); ou seja, mulheres apresentaram sintomas nos quais elas acreditavam estarem relacionados com a PA em maior proporção que os homens. Dentre as faixas etárias, não se verificou diferença significativa com a relação aos sintomas ($p>0,05$).

Do total de hipertensos identificados, 32 (28,8%) estavam com valores pressóricos inferiores a 140/90mmHg, considerados sob controle e não houve associação entre aqueles que relacionaram seus sintomas com a PA nem entre aqueles que apresentaram queixas tipo 1 ou tipo 2. O mesmo ocorreu nos hipertensos que não estavam com a PA controlada 79 (71,2%).

Os pacientes hipertensos com a PA controlada apresentaram como principais queixas: dor abdominal 8 (25,0%), problemas em extremidades 6 (18,8%), mal-estar em adultos 4 (12,5%) e quedas 3 (9,4%). Já os hipertensos com a PA não controlada apresentaram problemas em extremidades 12 (15,2%), dor abdominal 10 (12,7%), cefaleia e mal-estar em adultos na mesma proporção 9 (11,4%).

Quadro 1 – Distribuição das principais queixas apresentadas pelos pacientes hipertensos segundo o controle pressórico hipertensos em serviço de urgência 24 horas não hospitalar público. Goiânia, Goiás, 2016.

	PA controlada	PA não controlada
	n (%)	n (%)
Dor abdominal	8 (25,0%)	10 (12,7%),
Problemas em extremidades	6 (18,8%)	12 (15,2%),
Mal-estar em adulto	4 (12,5%)	9 (11,4%).
Quedas	3 (9,4%)	--
Cefaléia	--	9 (11,4%).

6 DISCUSSÃO

6.1 O perfil da demanda na unidade de emergência

O perfil da demanda no serviço de urgência e emergência onde o estudo foi realizado identificou maior procura do sexo feminino, mulheres jovens, sedentárias e em fase reprodutiva da vida. Esse perfil reproduz o que acontece em outras unidades de urgência e emergência no Brasil (CARRET et al., 2007; OLIVEIRA, 2011, RIBEIRO et al., 2014; GUIMARÃES et al., 2015) e mesmo fora dele (AMIÉL et al., 2014).

As mulheres, de uma maneira geral, procuram serviços de saúde mais que os homens. No imaginário social é entendido que as mulheres associam os cuidados como uma situação própria do mundo feminino. Elas são socializadas para reproduzirem e se responsabilizarem pela manutenção das relações sociais, onde se enquadram as relações de cuidados. Diversas questões culturais e educacionais contribuem para que os homens recorram menos aos serviços de saúde, só procurando quando perdem sua capacidade de trabalho ou em estado grave de doença (GOMES et al., 2007). Os homens demonstram pouco cuidado com sua saúde física refletido pelos estilos de vida e hábitos pouco saudáveis. Nesse estudo eles foram identificados com maior proporção de obesidade, apesar de serem mais ativos fisicamente e também maior ingestão de bebidas alcoólicas, caracterizando que em unidade de emergência o perfil da população, segundo o sexo permanece o mesmo que o identificado por inquérito populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; MALTA et al., 2015). Ressalta-se que os profissionais de saúde devam abordar e instigar os homens a cuidarem de sua saúde tanto quanto as mulheres, usando-as como exemplo a ser seguido e justificando em cima dos maus hábitos de vida identificados nesse estudo.

Os hábitos de vida dos pacientes na emergência foram predominantemente não saudáveis, com altas taxas de tabagismo, ingestão alcoólica, sedentarismo e peso elevado em relação as prevalências encontradas na população em geral (MALTA et al., 2015). Fatores associados aos hábitos de vida inadequados são responsáveis pelo aparecimento de determinados agravos, tais como problemas

respiratórios e doenças cardiovasculares, que podem contribuir para a maior procura pelo serviço de emergência (MAGNAGO et al., 2011).

O dia da semana com menor média de procura em serviços de emergência foi o domingo. Em contrapartida, na segunda-feira o número de atendimentos foi expressivamente maior. Dias úteis, principalmente os primeiros dias da semana, e no período diurno, absorve maior parte da demanda das unidades de emergência. O elevado número de atendimentos que ocorre às segundas-feiras pode estar relacionado à facilidade de acesso ao sistema, disponibilidade de médico sem marcação prévia para atendimento imediato, e ao acúmulo de "urgências" não resolvidas no fim de semana, que são postergadas na esperança de uma solução espontânea (JACOBS et al., 2005; OLIVEIRA, 2011; AMIEL et al., 2014; GARCIA & REIS, 2014). Excessos alimentares ou eventos estressores acontecidos nos finais de semana também estão dentre os fatores que levam ao aumento da demanda nas segundas-feiras (SHAH et al., 2016; EAGLE, 2012).

O serviço de emergência móvel mantém a mesma característica do serviço de emergência fixa: recebendo maior quantidade de chamadas nas segundas-feiras e menor aos domingos, sendo a maioria das chamadas identificadas como não emergenciais, ou seja de baixa ou média gravidade, e em proporção maior durante o período diurno (MCHALE et al., 2013). Evidencia-se assim que independente do tipo de serviço de emergência que o paciente recorre para atendimento, o perfil deles permanece o mesmo. Seria possível supor que a população não sabe distinguir serviços de emergência daqueles ambulatoriais ou que não se importam em utilizar serviço com atendimento específico para alcançar objetivos rápidos.

Os casos classificados como baixa gravidade foram predominantes no serviço de emergência, concorrendo com casos de média gravidade, refletindo na utilização inadequada dos recursos, diminuição da eficácia da qualidade do atendimento, sobrecarga de trabalho, superlotando as unidades e gerando insatisfação dos pacientes (DOOBININ et al., 2003; ALMEIDA et al., 2016). Além do mais, coincide com os horários em que as unidades de saúde básica estão em funcionamento, e que, *a priori*, deveriam absorver a demanda de baixa gravidade que se encontram nas unidades de emergência (AMIEL et al., 2014).

Os jovens foram mais representativos na demanda de menor gravidade. Estudos referem que esse perfil de paciente sente necessidade de solução rápida e terminar atendimento com prescrição de medicamentos, referem uso da unidade

devido à conveniência e facilidade de acesso, além do mais consideram-se saudáveis, apesar de estarem em unidade de emergência. O que mostra que eles não entendem sobre as características de tais serviços (CARRET et al., 2009; AMIEL et al., 2014).

A gravidade média foi maior entre o sexo masculino, corroborando que homens têm estigmas em relação ao cuidado com sua saúde, postergando ao máximo a procura por atendimento e quando essa se faz, já estão em estado mais grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; ALVES et al., 2011).

Os idosos foram menos representativos na unidade do presente estudo, porém apresentaram gravidade maior, identificando a fragilidade da assistência básica em assistir essa população que requer cuidados específicos, o que faz com que eles recorram à emergência com problemas mais sérios de saúde. Estudo realizado com idosos que utilizaram o serviço de emergência de um hospital universitário mostrou que, idosos portadores de doenças crônicas ao apresentarem agudização de seus problemas, necessitam de cuidados de alta intensidade no momento em que buscam um serviço de emergência (SERBIM et al., 2013).

A demanda de pacientes de baixa gravidade, além de ter tido representatividade mais expressiva, também é a que recebe alta médica em maior proporção que as demais (média e alta gravidade), já que não deveriam estar nesse perfil de unidade, não necessitarem de intervenções e nem mesmo de internações; o mesmo foi registrado em estudo brasileiro, realizado em unidade de pronto atendimento de hospital de ensino (RIBEIRO et al., 2014).

Portanto, percebe-se que essa demanda é representada pelos pacientes da rede básica que preferem a emergência devido agilidade nos exames/procedimentos ou devido à falta de vaga para atendimento nas redes básicas (GOMIDE et al., 2012; ACOSTA & LIMA, 2013). A maior frequência de pacientes de baixa gravidade aliado às características da unidade de emergência, tais como: alta resolutividade devido a disponibilidade de equipe especializada, tecnologia de alta densidade, exames e procedimentos disponíveis para uso imediato, pode ser um dos fatores que favorecem o desfecho clínico da alta. Existem evidências de que quanto maior a prioridade clínica do paciente maior a taxa de óbitos e vice-versa (OLIVEIRA et al., 2011; RIBEIRO et al., 2014; GUEDES et al., 2015). Nesse estudo a alta médica foi identificada em maior proporção e nenhum dos pacientes evoluiu para óbito.

6.2 A hipertensão na unidade de emergência

As doenças crônicas representam problema de saúde mundial, interferindo na qualidade de vida e produção dos indivíduos, aumentando os gastos para o SUS e para a sociedade (SCHMIDT et al., 2011). A frequência de pacientes hipertensos na unidade de emergência (36,4%) refletiu as taxas de prevalência da HAS no país, que está em torno de 30 a 40% na população adulta (JARDIM et al., 2007; MALTA et al., 2015). Ressalta-se que para a identificação dos pacientes em hipertensos ou não, foram utilizados critérios tanto do uso de anti-hipertensivo quanto de valores pressóricos aferidos pela pesquisadora. Essa opção evidenciou que as aferições da PA realizadas em unidades de emergência, nas salas de classificação de risco, parecem sofrer de influências externas que elevam os valores da PA. As próprias queixas e a situação de estresse ao adentrar essas unidades podem explicar tais diferenças entre esses valores.

Unidades de emergência recebem demanda diversificada de pacientes e a equipe de saúde deve saber abordar e encaminhar de forma responsável aqueles identificados como hipertensos sem diagnóstico prévio, como também aqueles que não apresentam controle da sua hipertensão para que se possa reduzir sequelas da doença e atingir o controle pressórico (LEWIN, 2009). Ela é responsável pela maioria dos óbitos no mundo e fator de risco para outras DCV, sendo essas frequentes em unidades de emergência, como as doenças coronarianas, infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (SCHMIDT et al., 2011; DAGAR et al., 2014).

Mais de um terço dos pacientes referiram morbidade prévia, sendo que a HAS foi a principal doença referida, seja isoladamente ou como comorbidade. No entanto, ao analisar a morbidade referida como conhecimento sobre a doença, identificou-se que pouco mais da metade dos pacientes dessa demanda, conheciam sobre a sua situação. Pacientes identificados como hipertensos em unidades de emergência não necessariamente estão com a PA elevada como consequência da dor e/ou ansiedade presentes em unidade de emergência. Muitos podem ser de fato hipertensos, porém sem diagnóstico até o momento. Um estudo realizado nos Estados Unidos em um departamento de emergência realizou aferição de PA nos pacientes após a alta, em suas residências, e identificou que a maioria deles persistiram com valores elevados de PA mesmo após a alta, mostrando que a

elevação de PA em unidades de emergência não necessariamente seja devido ao ambiente e sintomas que os pacientes apresentam, mas que eles possam ser hipertensos sem diagnóstico até o momento da consulta (TANABE et al., 2008).

A taxa de conhecimento prévio do diagnóstico de HAS apresentou-se pouco acima da metade entre aqueles classificados com PA alterada na unidade de emergência. Esse é um achado intrigante do ponto de vista de descrição dessa população. A demanda da unidade onde os dados foram colhidos representa uma região da cidade de classe média do ponto de vista sócio econômico; portanto, espera-se que sejam pessoas com acesso à assistência à saúde, acesso à informações e que recebam estímulos frequentes sobre a necessidade do autocuidado de sua saúde. No entanto, esta situação não refletiu em maior diagnóstico de HAS. São dados que conduzem para questionamento sobre a prevalência real da HAS na população brasileira, haja vista a baixa condição e possibilidade de que sejam estabelecidos diagnósticos médicos de hipertensão na atenção básica, restando para unidades de emergência esse papel (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Novamente as mulheres foram identificadas como mais atentas ao seu estado de saúde, com taxas superiores de conhecimento e de tratamento ao dos homens. O mesmo foi identificado em profissionais de uma universidade no Brasil (NOGUEIRA et al., 2010) e em indivíduos da América Latina (RUBINSTEIN et al., 2016).

As mulheres fizeram relação dos sintomas/queixas com a PA mais que os homens. No Brasil, as mulheres conhecem mais a sua condição de HAS do que os homens, o que endossa estudos que afirmam que as mulheres percebem seus problemas de saúde mais do que os homens, e dessa forma procuram mais pelos serviços de saúde (ALVES & GODOY, 2001; CESARINO et al., 2008).

A taxa de tratamento da HAS, ou seja; o uso de anti-hipertensivos, também foi pouco mais da metade sobre a frequência de hipertensos. E o controle pressórico, calculado sobre aqueles que tratavam, não alcançou nem mesmo a metade de todos eles, identificando que o tratamento quando presente, não foi suficiente para atingir o controle pressórico na população estudada. Essas taxas são semelhantes a de estudo brasileiro realizado em instituição de ensino (NOGUEIRA et al., 2010) e também em outros locais na América Latina (RUBINSTEIN et al., 2016) e fora (IBRAHIM & DAMASCENO, 2012).

Sugere-se que conhecer o diagnóstico da doença não é fator determinante para que os pacientes adquiram hábitos de tratamento para atingir o controle da PA. A adesão ao tratamento envolve fatores emocionais, sociais, biológicos e culturais. Ao receber o diagnóstico médico, ter a prescrição medicamentosa e os cuidados prescritos, que envolvem não só o uso da medicação, mas também mudanças de hábitos de vida, as pessoas não têm sido sensibilizadas o suficiente, ou mesmo orientadas para haja adesão de conduta diante de tais prescrições. Dessa forma, a falta de adesão ao tratamento permanece como um desafio global no manejo do paciente hipertenso (BARRETO, REINERS & MARCON, 2014; LEO E SILVA et al., 2013).

Os hábitos de vida inadequados em pacientes hipertensos colaboram para o agravamento da doença. Os hipertensos devem ser alertados sobre os malefícios do álcool e que a ocorrência de hipertensão secundária ao consumo de álcool varia de 5% a 11%, em estudos com diferentes populações (STIPP et al., 2007, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al., 2010; HILLBOM et al., 2011). O risco de HAS associado à ingestão recente de duas ou mais doses de etanol/dia é maior que o dobro, comparado a abstêmios (STRANGES et al., 2004, SBC et al., 2010). O tabagismo e a ausência de atividade física estão relacionados ao aumento da incidência de HAS e ao descontrole pressórico dos pacientes hipertensos, conferindo um maior risco cardiovascular aos pacientes (CARVALHO et al., 2016).

Pacientes idosos apresentaram maior predominância de HAS, dado que corrobora no Brasil, cuja a prevalência de idosos com HAS é elevada, mantendo-se acima de 40% e aumentando progressivamente com a idade (JARDIM et al., 2007; MALTA et al., 2015). Idosos portadores de HAS representam um grupo frequentemente admitido em serviços de urgência/emergência (ROCHA et al., 2014), tal como verificado nesse estudo diversas investigações apontam para relação entre a hipertensão e os acidentes vasculares cerebrais, observando-se uma incidência duas vezes maior em idosos hipertensos (SHEKELLE et al., 1974; KANNEL et al., 1981; MENDES et al., 2014). Leão e Silva et al. (2013) identificaram que apesar dos idosos conhecerem sobre seu diagnóstico não aderem a terapia, pois consideram a HAS como doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais. Tal fato favorece a admissão desse perfil de paciente em unidades de urgência/emergência, e chama a atenção para a necessidade de ações de prevenção envolvendo idosos com HAS, tendo em vista a redução das taxas de morbimortalidade.

Apesar da HAS ser reconhecida como uma doença paucissintomática pelos profissionais de saúde ou mesmo com sintomas pouco específicos, os pacientes hipertensos parecem ter uma percepção diferente e muitos preferem verificar a PA quando estão apresentando alguma queixa referida, supondo que o aumento da PA esteja relacionado diretamente ao surgimento daquele sintoma. Dentre os motivos para admissões em serviços de emergência as queixas relacionadas a alteração da PA são as mais frequentes (GÁMEZ et al., 2006; MAGALHÃES, 2014). A literatura ressalta que a associação de sintomas à hipertensão é um dado relevante, uma vez que pacientes portadores de doenças assintomáticas aderem menos ao tratamento (PÉRES, MAGNA et al., 2003).

As queixas frequentemente apresentadas como associadas a PA foram categorizadas como tipo 1, as demais como tipo 2. Entre as queixas do tipo 1 estavam presentes: cefaleia, mal-estar, palpitações, dor torácica e dor cervical. Essas queixas, independentes de serem associadas com a presença da HAS, também foram apresentadas em estudos brasileiros semelhantes em unidades de emergência (OLIVEIRA et al., 2011; SIQUEIRA, RIEGEL et al., 2015).

Na análise percebeu-se que não houve associação entre as queixas e o perfil sociodemográfico, nem mesmo em relação a gravidade dos pacientes. A presença de dor foi um fator determinante na decisão dos pacientes para recorrerem unidades de emergência, e nesse estudo identificamos 43% dos pacientes com queixas álgicas, como também relatado por outros autores. A dor parece funcionar como um motor para que haja um movimento em busca de assistência à saúde e a sua tolerância ou não está sempre associada com questões tanto de gênero quanto de faixa etária e até mesmo cultural (BARRETO, GOMES et al., 2012; GOMIDE, PINTO et al., 2012; GARCIA & REIS, 2014).

Estudos semelhantes apresentaram dados diversos sobre as queixas referidas em unidades de emergência (OLIVEIRA, SILVA et al., 2011; GOMIDE, PINTO et al., 2012; GARCIA & REIS, 2014; RIBEIRO et al., 2014). Em uma unidade de emergência de um hospital de ensino brasileiro identificou como principais queixas: cefaleia, seguida de lombalgia (OLIVEIRA, SILVA et al., 2011); outro estudo verificou maior demanda devido a traumas, seguida de queixas toracoabdominais (GOMIDE, PINTO et al., 2012).

As queixas tipo 1, conforme categorizadas nesse estudo, foram predominantes quando relacionadas com a PA e esse achado vai ao encontro de

demais estudos que mostram que sintomas como cefaleia, dor torácica, dormência, tremores, palpitações e tonturas, são frequentemente relacionados pelos pacientes a quadros de elevação da PA (NOBRE et al., 2002; PÉRES et al., 2003; JESUS et al., 2016). Por outro lado, esta classificação não mostrou associação com as taxas de prevalência, conhecimento, tratamento e controle da HAS, embora os pacientes hipertensos foram os que mais relacionaram sintomas gerais com os valores de pressão arterial.

A associação de sintomas à hipertensão é um dado relevante, tendo em vista que pacientes portadores de doenças assintomáticas aderem menos ao tratamento e quanto menor aceitação da doença, menor a adesão (CHEN, TSAI et al., 2011; JANKOWSKA-POLANSKA et al., 2017).

Portanto, a identificação de tais queixas é fundamental no processo de orientação do plano de cuidados ao paciente hipertenso.

A associação das queixas com a PA e aqueles pacientes classificados como média gravidade foi maior para pacientes hipertensos. Sintomas como cefaleia, tontura, dor torácica, palpitações e dispneia são os mais relatados por pacientes frente a elevação da PA (GUS, ANDRIGHETTO et al., 1999; NOBRE et al., 2002). Entretanto, observa-se que pacientes que são conhecedores do seu diagnóstico relatam com maior frequência sintomas como cefaleia, quando se apresentam com PA elevada (LIMA et al., 2005), conforme identificado nesse estudo.

Ressalta-se que esse conhecimento pode predispor o surgimento do sintoma que não deve ser considerado determinante na presença de PA elevada, mas também não deve ser menosprezado tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde (WHO, 2013).

Nesse estudo não houve diferença significativa ao analisar-se as queixas do tipo 1 e tipo 2 e a relação dos sintomas com a PA quando comparados os dias úteis com finais de semana. Entretanto, há estudos que apontam que a procura dos usuários ao serviço de emergência é maior em dias úteis. E mais, os dias da semana com maior número de atendimento são as segundas e terças-feiras, sendo maior no período matutino recebendo o mais expressivo volume de atendimentos (OLIVEIRA, SILVA et al., 2011; ACOSTA & LIMA, 2015), conforme verificado nesse estudo.

Pacientes hipertensos, ao serem admitidos em unidades de emergência possuem uma maior predisposição à serem classificados em média gravidade

quando comparados a não hipertensos, dado o fato que a HAS se associa, frequentemente, às alterações funcionais de órgãos-alvos e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (JESUS et al., 2016), suscitando, prioridade de atendimento, como verificado nesse estudo.

Os pacientes hipertensos, em consultas com profissionais da saúde recebem informações de que a HAS é assintomática, porém o presente estudo revela que eles assimilaram queixas específicas com a PA com relevância estatística, em proporção maior que aqueles que não eram hipertensos.

7 CONCLUSÃO

A demanda identificada no serviço de emergência foi, em sua maioria, de mulheres. Em ambos os sexos prevaleceu a cor da pele não branca, a idade jovem produtiva e com hábitos de vida não saudáveis caracterizados por tabagismo, ingestão de bebida alcóolica, sedentarismo e com sobrepeso. A ingestão alcóolica apresentou frequência maior entre indivíduos com menos de 60 anos e no sexo masculino.

O serviço de emergência apresentou maior demanda de pacientes com classificação de risco de baixa gravidade. Homens e idosos apresentaram mais casos de média gravidade.

As queixas álgicas foram as que mais estimularam a procura pela unidade de emergência. Queixas torácicas e abdominais foram as mais expressivas.

Domingo foi o dia da semana com a menor média de demanda por atendimento e segunda-feira a maior média proporcional de atendimentos/dia em relação com o final de semana. O período matutino recebeu a maior demanda de pacientes, que foi reduzido gradativamente até o período noturno, de forma proporcional em relação a idade, sexo e ao horário do dia.

O pico de maior procura iniciou-se pela manhã e diminuiu no decorrer do dia. A alta médica foi expressiva entre os pacientes, principalmente entre os de baixa gravidade. Entre as gravidades, predominaram pacientes que receberam baixa gravidade, seguidos de média gravidade. Os homens e idosos apresentaram classificação de média gravidade em maior proporção que os demais.

Dos pacientes que referiram morbidade prévia, a HAS foi a principal morbidade identificada. A prevalência, o conhecimento e o tratamento da HAS atingiram valores maiores que 50%, porém o controle pressórico foi pouco atingido entre aqueles que referiram tratar a HAS. As mulheres conheciam e tratavam em proporção maior.

As queixas referidas, ao serem analisadas pela classificação adotada pelo estudo não apresentou diferença estatística entre as variáveis específicas do estudo e nem sociodemográficas.

Os pacientes que referiram queixas do tipo 1 relacionaram seus sintomas com a PA em maior proporção. Os hipertensos associaram mais suas queixas com a

PA, independente se foram queixas do tipo 1 ou 2 e receberam gravidade média em maior proporção.

As aferições de PA realizadas pela equipe de enfermagem do serviço foram maiores apenas entre os pacientes normotensos. As médias de PAS aferidas pelas pesquisadoras foram maiores entre os homens e entre os idosos, já na classificação de risco, somente as médias de PAD foram maiores entre os homens e entre os idosos também. As médias de PAS tanto pelas pesquisadoras quanto pelos profissionais da classificação de risco foram superiores em pacientes que relacionaram seus sintomas com a PA, não ocorrendo o mesmo com as médias de PAD.

Os hipertensos não relacionaram suas queixas com valores pressóricos de forma significativa, mas quando analisado por sexo, as mulheres hipertensas relacionaram mais suas queixas com valores pressóricos. Tratar ou não a HAS não influenciou os hipertensos a relacionarem seus sintomas/queixas com a PA. Os idosos trataram mais a HAS. As principais queixas dos hipertensos foram: cefaleia, problemas em extremidades, mal-estar e dor abdominal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi iniciado como uma tentativa de investigar um questionamento pessoal sobre a distribuição da demanda de pacientes em uma unidade de emergência, na qual a pesquisadora executa suas atividades profissionais, e ainda, se haveria alguma associação da frequência dos pacientes nesta unidade de saúde com os diferentes dias da semana. No entanto, ao aprofundar sobre a própria questão foi ficando cada vez mais clara a necessidade de verticalização sobre outros pontos relacionados à essa demanda que ultrapassavam a simples distribuição por turnos e dias da semana.

Certamente, o interesse que estava oculto na primeira questão era identificar o perfil da demanda de unidades de emergência e se esse perfil relacionava suas queixas de admissão com algum tipo de fator. Entre eles, percebeu-se a associação com a pressão arterial elevada e que, apesar da hipertensão arterial sistêmica ser reconhecida como assintomática pela maioria dos profissionais, não valorizando essa associação, os pacientes não pensam assim. Eles associam sintomas com pressão arterial e até mesmo julgam que os sintomas tenham surgido porque acreditavam que a pressão arterial teve elevação.

Quanto mais aprofundavam-se os estudos, mais questionamentos surgiam. Qual seria a prevalência de hipertensos na unidade de emergência? Por que esses pacientes estão frequentando a unidade de emergência? Visto que as unidades básicas de saúde oferecem programas específicos voltados para pacientes hipertensos e, além disso, consultas de rotina e medicamentos gratuitos. Vale ressaltar que a demanda foi maior no período diurno, no qual essa demanda deveria procurar as unidades básicas de saúde e não a emergência. Não se sabe o porquê desse fato ocorrer, mas apesar dessa constatação, notou-se que esses pacientes apresentam pouco conhecimento, tratamento e controle da doença, recorrendo a emergência com valores pressóricos descontrolados.

A aferição da pressão arterial apresentou diferença significativa entre aquelas aferidas pelas pesquisadoras e pelos profissionais de enfermagem do serviço. Cogitou-se que a diferença possa ter ocorrido pelo fato das aferições realizadas pelas pesquisadoras terem sido após atendimento médico e repouso

adequado, diminuindo então o fator de estresse da admissão, a ansiedade pelo atendimento e o não repouso na verificação realizada na classificação de risco.

Entre as dificuldades apresentadas, a principal foi a de entrevistar pessoas em momentos de estresse, dor, insegurança e entre outros sentimentos que estão presentes no perfil de pacientes de unidades de emergência, porém a aceitação para participar da pesquisa de forma solidária foi expressivamente positiva, e o fato ocorreu graças a postura ética na forma de abordagem realizada pelas pesquisadoras, nos mostrando que o profissionalismo ao se direcionar a um paciente de emergência influencia diretamente nos resultados de ambos os lados.

REFERÊNCIAS

- Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013; 15(2): 564-73.
- Acosta AM, Lima MAD. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(2): 337-44.
- Almeida HG, Fernandes VB, Lucena ACVP, Kara-Junior N. Avaliação das urgências oftalmológicas em um hospital público de referência em Pernambuco. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2016; 75(1): 18-20.
- Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em hospital universitário. *Rev. Min. Enferm*. 2001; 5(1/2): 73-81.
- Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: teoria e prática*. 2011; 13(3): 152-66.
- Amiel C, Williams B, Ramzan F, Islam S, Ladbrooke T, Majeed A *et al*. Reasons for attending an urban urgent care centre with minor illness: a questionnaire study. *Emergency Medicine Journal*. 2014; 31(1): 71-5.
- Barreto RF, Gomes CZL, Silva RM, Sgnorelli AAF, Oliveira LF, Cavellani CL *et al*. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Dor*. 2012; 13(3): 213-9.
- Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22(3): 484-90.
- Bellucci Junior, JA, Matsuda, LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012; 21(1): 217-25.
- Bender SR, Fong MW, Heitz S, Bisognano JD. Characteristics and management of patients presenting to the emergency department with hypertensive urgency. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2006; 8(1): 12-18.
- Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(1): 7-28.
- Carret ML, Fassa AC, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7(1): 131.
- Carvalho C, Marins J, Amorim P, Fernandes M, Reis H, Sales S *et al*. Sedentarismo e fatores de risco em hipertensos. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2016; 49(2): 124-33.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA *et al*. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto-SP. *Arq. Bras. Cardiol*. 2008; 91(1): 31-5.

- Chen SL, Tsai JC. Symptom experience, causal attribution and adherence to therapeutic regimens: patients with hypertension. *Hu Li Za Zhi*. 2012; 59(1): 5-10.
- Chen SL, Tsai JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *Int. J Nurs Stud*. 2011; 48(2): 235-45.
- Coleman P. High blood pressure: the silent killer. *Imprint*. 1977; 24(2): 16, 69-71.
- Dagar S, Sahin S, Yilmaz Y, Durak U. Emergency Department During Long Public Holidays. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2014; 14(4): 165-71.
- Dimenäs E. The SSA-profile, an instrument for assessment of subjective symptoms among hypertensives. *Scand J Prim Health Care Suppl*. 1990; 1: 27-30.
- Dimenäs ES, Wiklund IK, Dahlof CG, Lindvall KG, Olofsson BK, De Faire UH. Differences in the subjective well-being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. *J Hypertens*. 1989; 7(11): 885-90.
- Doobinin KA, Heidt-Davis PE, Gross TK, Isaacman DJ. Nonurgent pediatric emergency department visits: care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatric emergency care*. 2003; 19(1): 10-14.
- Eagle K. Hypothesis: holiday sudden cardiac death: food and alcohol inhibition of SULT1A enzymes as a precipitant. *Journal of applied toxicology: JAT*. 2012; 32(10): 751-5.
- Erickson SR, Williams BC, Gruppen LD. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *J Hum Hypertens*. 2001; 15(8): 539-48.
- Escorel S, Giovanella Mendonça LMHM, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2-3): 164-76.
- Frei SP, Burmeister DB, Coil JF. Frequency of serious outcomes in patients with hypertension as a chief complaint in the emergency department. *J Am Osteopath Assoc*. 2013; 113(9): 664-8.
- Freitas P. *Triagem no serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester*. 2nd ed. Portugal: BMJ Publishing Group; 2002.
- Friedman BW, Mistry B, West JR, Wollowitz A. The association between headache and elevated blood pressure among patients presenting to an ED. *Am J Emerg Med*. 2014; 32(9): 976-81.
- Gamez GG, Roales-Nieto JG, Sagayurd JLY. An exploratory study on the development of beliefs about symptoms as signals of arterial hypertension. *Psicothema*. 2006; 18(4): 822-827.
- Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(2): 261-7.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(3): 565-74.

- Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Profile of users in an emergency care. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012; 45(1): 23-30.
- Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(4): 587-94.
- Guimarães DS, Soares EJ, Ferraz Junior G, Medeiros DD. Attributes and circumstances that induce inappropriate health services demand: a study of the health sector in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1): 65.
- Gus M, Andrighetto AG, Balle VR, Pilla MB. Therapeutic approach to patients complaining of high blood pressure in a cardiological emergency room. *Arq Bras Cardiol*. 1999; 72(3): 321-6.
- Henrique NN, Costa PDS, Vileti JL, Corrêa MCDM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16(2): 168-73.
- Hillbom M, Saloheimo P, Juvela S. Alcohol consumption, blood pressure, and the risk of stroke. *Curr Hypertens Rep*. 2011; 13(3): 208-13.
- Hoel D, Howard RB. Hypertension: stalking the silent killer. *Postgrad Med*. 1997; 101(2): 116-21.
- Ibrahim MM, Damasceno A. Hypertension in developing countries. *Lancet*. 2012; 380(9841): 611-9.
- Jacobs PC, Matos EP. Exploratory study of an emergency unit in Salvador, Bahia, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(6): 348-53.
- Jankowska-Polanska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11: 363-71.
- Jardim PCBV, Gondim MDRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVDO, Souza WKSB *et al*. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(4): 452-7.
- Jesus PBR, Lopes MHBM, Toti ICC, Silva VFP, Monteiro MI, Lamas JLT. Caracterização e classificação de risco em urgência e emergência hipertensiva. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(2): 1-8.
- Kannel WB, Wolf PA, McGee DL, Dawber TR, McNamara P, Castelli WP. Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke. The Framingham study. *JAMA*. 1981; 245(12): 1225-9.
- Karras DJ, Ufberg JW, Heilpern KL, Cienki JJ, Chiang WK, Wald MM *et al*. Elevated blood pressure in urban emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2005; 12(9): 835-43.
- Kerkhoff AC, Moreira LB, Fuchs FD, Fuchs SC. Association between hypertension and musculoskeletal complaints: a population-based study. *J Hypertens*. 2012; 30(11): 2112-7.
- Kjellgren KI, Ahlner J, Dahlof B, Gill H, Hedner T, Saljo R. Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice- a population-based study. *J Intern Med*. 1998; 244(4): 325-32.

- Law M, Morris JK, Jordan R, Wald N. Headaches and the treatment of blood pressure: results from a meta-analysis of 94 randomized placebo-controlled trials with 24,000 participants. *Circulation*. 2005;112(15):2301-6.
- Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008; 371(9623): 1513-8.
- Leão e Silva LO, Dias CA, Rodrigues SM, Soares MM, Oliveira MA, Machado CJ. Hipertensão arterial sistêmica: representações sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. 2013; 21(2): 121-28.
- Lewin MR. Asymptomatically elevated blood pressure in the emergency department: a finding deserving of attention by emergency physicians? *The Keio journal of medicine*. 2009; 58(1): 19-23.
- Lima SG, Nascimento LS, Santos Filho CN, Albuquerque M, Victor EG. Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência: o uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85(2): 115-23.
- Magalhães LBNC. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. *Revista Hipertensão*. 2014; 17(3-4): 132-7.
- Magnago TSB, Rosa TP, Tavares JP, Lima SBS, Schimidt D, Silva RM. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2011; 1(1): 51-60.
- Malachias MV, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CI, Brandão AA, Neves MF *et al*. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2016; 107(3 Suppl 3): 1-83.
- Malta DC, Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(1): 151-64.
- Malta DC, Stopa SR, Andrade SS, Szwarcwald CL, Silva Junior JB, Reis AA. Health care in adults with self-reported hypertension in Brazil according to the National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Suppl 2): 109-22.
- Malta DC, Stopa SR, Iser BP, Bernal RT, Claro RM, Nardi AC *et al*. Risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey in capitals of Brazil, *Vigitel 2014*. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Suppl 2): 238-55.
- McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, Wyke S. Who uses emergency departments inappropriately and when-a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC medicine*. 2013; 11(1): 258.
- McNaughton CD, Self WH, Zhu Y, Janke AT, Storrow AB, Levy P. Incidence of hypertension-related emergency department visits in the United States, 2006 to 2012. *Am J Cardiol*. 2015; 116(11): 1717-23.
- Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014; 9(32): 273-8.
- Middeke M, Lemmer B, Schaaf B, Eckes L. Prevalence of hypertension-attributed symptoms in routine clinical practice: a general practitioners-based study. *J Hum Hypertens*. 2008; 22(4): 252-8.

Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro; Comissão Intergestores Tripartite. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. [Internet]. 2002 [cited 2017 mar 23]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008. 40 p.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 58 p.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009. 56 p.

Mozaffarian D, Benjamin E, Go A, Arnett D, Blaha M, Cushman M *et al*. Heart disease and stroke statistics - 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131(24): 29-322.

Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M *et al*. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 385(9963): 117-71.

Nobre F, Chauchar F, Viana JM, Pereira GJ, Lima NK. Evaluation of the medical care of patients with hypertension in an emergency department and in ambulatory hypertension unit. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 78(2): 156-61.

Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes S, Werneck GL. Awareness, treatment, and control of arterial hypertension: Pro-Saude study, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(2): 103-9.

Oigman W. Sinais e Sintomas em hipertensão arterial. *JBM*. 2014; 102(5): 13-18.

Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO UPF*. 2010; 15(3): 245-50.

Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latino Am Enferm*. 2011; 19(3): 548-56.

Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(5): 635-642.

Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Fam Pract*. 2010; 11: 88.

Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22(4): 547-53.

Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH *et al.* Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. *Revista Mineira de Enfermagem.* 2014; 18(3): 533-8.

Rocha FCV, Paz LI, Nery NKB, Almeida GMB, Rocha LPV, Carvalho ML. Perfil de idosos internados no hospital de urgência. *Revista de Enfermagem da UFPI.* 2014; 3(3): 32-8.

Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Chen CS, Gutierrez L, Lanas F, *et al.* Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Southern Cone of Latin America. *Am J Hypertens.* 2016; 29(12): 1343-52.

Sanches GJCC, Carvalho CAP. Perfil do atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro *Arquivos de Ciências da Saúde.* 2015; 22(2): 33-7.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011; 377(9781): 1949-61.

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Moraes PA, Cordeiro JABL, Rosso CFW, *orgs.* Manual de Orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco. Goiânia: FMS; 2015. 38 p.

Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2013; 34(1): 55-63.

Shah M, Bhalla V, Patnaik S, Maludum O, Lu M, Figueredo VM. Heart failure and the holidays. *Clinical research in cardiology : official journal of the German Cardiac Society.* 2016; 105(10): 865-72.

Shayne PH, Pitts SR. Severely increased blood pressure in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2003; 41(4): 513-29.

Shekelle RB, Ostfeld AM, Klawans HL. Hypertension and risk of stroke in an elderly population. *Stroke.* 1974; 5(1): 71-5.

Silva CE, Tasca R, Weitzel LH, Moises VA, Ferreira LD, Tavares GM *et al.* Standardization of equipment and techniques for conducting echocardiographic examinations. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(Suppl 2): 1-10.

Siqueira DSR, Riegel F, Crossetti MGO, Tavares JP. Perfil de pacientes com crise hipertensiva atendidos em um Pronto Socorro no sul do Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM.* 2015; 5(2): 224-34.

Siqueira DSR, Riegel F, Tavares JP, Crossetti MDGO, Goes MGOD, Arruda LS. Caracterização dos pacientes atendidos com crise hipertensiva num hospital de pronto socorro. *Revista de Enfermagem Referência.* 2015; IV(5): 27-36.

Sobrinho S, Correia LC, Cruz C, Santiago M, Paim AC, Meireles B *et al.* Occurrence rate and clinical predictors of hypertensive pseudocrisis in emergency room care. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2007; 88(5): 579-84.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2010; 95(1 Suppl 1): I-III.

Stipp M, Leite JL, Cunha NM, Assis LS, Andrade MP, Simões RD. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007; 11(4): 581-5.

Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinano E *et al.* Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension. *Hypertension.* 2004; 44(6): 813-9.

Tanabe P, Persell SD, Adams JG, McCormick JC, Martinovich Z, Baker DW. Increased blood pressure in the emergency department: pain, anxiety, or undiagnosed hypertension? *Ann Emerg Med.* 2008; 51(3): 221-9.

U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2004.

Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2014; 16(1): 14-26.

WHO – World Health Organization. A global brief on Hypertension. Geneva: World Health Organization; 2013.

WHO – World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014.

WHO – World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Universidade Federal de Goiás



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) _____ está sendo convidado (a) como voluntário (a) para participar da pesquisa “**DEMANDA DE PACIENTES EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA E A RELAÇÃO DAS QUEIXAS REFERIDAS COM A PRESSÃO ARTERIAL**”. Neste estudo pretendemos avaliar as queixas dos pacientes e verificar se estão relacionadas com os valores de pressão arterial quando vão para consulta na emergência do CAIS Jardim Novo Mundo.

Queremos saber quais são as queixas mais frequentes na unidade de emergências e se as pessoas associam estas queixas com a pressão alta; além disso queremos saber também como é a frequência nesta Unidade de Emergência e se tem algum dia da semana que a procura pelo serviço seja maior.

Como será a sua participação? Vamos colher alguns dados sobre você que estão registrados na sua ficha de atendimento e também vamos medir a sua pressão arterial por três vezes - uma vez na classificação de risco, após consulta médica ou após medicação na unidade, além da medida feita quando chegou à emergência. A sua participação neste estudo será somente durante o seu período de permanência na unidade de saúde e até que os dados sejam colhidos; isso tomará de 40 a 60 minutos do seu tempo e de modo nenhum interferirá no seu atendimento.

RISCOS E DESCONFORTOS POTENCIAIS

A coleta dos dados e estes procedimentos não deverão significar nenhum risco para o seu atendimento na emergência e não vão atrapalhar na sua avaliação. A medida da pressão arterial pode ser um pouco desconfortável no momento em que a braçadeira está sendo inflada, pois aperta o braço; vamos procurar realizar este procedimento da forma adequada para reduzir este desconforto. Você deve se sentir livre e seguro para decidir participar ou

não desse estudo. Se escolher não participar não haverá qualquer constrangimento ou penalidade.

RESSARCIMENTO e INDENIZAÇÃO

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido neste serviço. E, caso ocorra algum prejuízo para você por sua participação neste estudo, você será devidamente indenizado.

Todos os dados colhidos para esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista, caso sejam necessárias ampliações ou extensões desse estudo, você será informado e só utilizaremos os dados nestas situações conforme o seu consentimento.

IDENTIDADE

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade. O nome do (a) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável **Camila Ferreira de Oliveira** na rua Vitória, nº 288, Ed. Borges Landeiro Plaza, bloco Almeida, apto 404, setor Alto da Glória, Goiânia – GO ou pelo telefone 9090 99710142 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital das Clínicas da UFG, Primeira Avenida s/n, Setor Universitário, CEP 74605-020, Goiânia-GO, telefone (62) 3269 8497.

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**DEMANDA DE PACIENTES EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA E A RELAÇÃO DAS QUEIXAS REFERIDAS COM A PRESSÃO ARTERIAL**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Goiânia _____ de _____ de 20 ____.

Nome Assinatura participante

Data

Nome Assinatura pesquisador

Data

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO Nº	
Nome: _____ -	
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Sexo: (1) F (2) M	Raça: (1) Branca (2) não branco
MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL	
Medida verificada na classificação de risco:	
Hora: ____:____	
Verificada por um profissional de nível: (1) superior (2) técnico	
PAS __ __ __ mmHg e PAD __ __ __ mmHg FC _____	
Posição: (1) sentado (2) deitado (3) em pé - Membro: (1) MSD (2) MSE (3) MID (4) MIE	
Medidas verificadas pela pesquisadora:	
Na classificação de risco:	
PAS __ __ __ mmHg e PAD __ __ __ mmHg FC _____	
Posição: (1) sentado (2) deitado (3) em pé - Membro: (1) MSD (2) MSE (3) MID (4) MIE	
Após atendimento médico, em sala apropriada:	
Hora: ____:____	
PAS 1 __ __ __ mmHg e PAD 1 __ __ __ mmHg FC _____	
Posição: (1) sentado (2) deitado (3) em pé - Membro: (1) MSD (2) MSE (3) MID (4) MIE	
PAS 2 __ __ __ mmHg e PAD 2 __ __ __ mmHg FC _____	
Posição: (1) sentado (2) deitado (3) em pé - Membro: (1) MSD (2) MSE (3) MID (4) MIE	
PAS 3 __ __ __ mmHg e PAD 3 __ __ __ mmHg FC _____	
Posição: (1) sentado (2) deitado (3) em pé - Membro: (1) MSD (2) MSE (3) MID (4) MIE	
Média das 2 medidas de Pressão arterial sistólica __ __ __ mmHg	
Média das 2 medidas de Pressão arterial diastólica __ __ __ mmHg	
CONSULTA DE EMERGÊNCIA –Classificação de risco (1) verde (2) amarelo (3) vermelho (4) azul	
Por qual motivo você veio hoje à unidade de emergência? Assinalado a resposta principal no anexo 2	
Você verificou a PA antes de vir consultar? (1) Sim (2) Não	
Você relaciona seu sintoma com o valor da PA? (1) Sim (2) Não	
Antes do início do sintoma você passou por alguma modificação da sua rotina diária habitual?	
(1) Sim (2) Não - Se sim, qual destas opções mais se enquadra?	
(1.1) Estresse pessoal ou familiar	
(1.2) Alteração alimentar	
(1.3) Ingesta de álcool	
Medicações em uso diário: (1) Sim (2) Não. Se sim, (1) anti-hipertensivos (2) hipoglicemiantes (3) anti-convulsivantes (4) anti-depressivos (5) para problemas cardíacos (6) analgésicos (7) outros, quais:	

Você tem algum problema de saúde ou doença diagnosticada por médico? (1) Sim (2) Não
Se sim, quais destas? (1) HAS (2) DM (3) DRC (4) DCV (5) câncer (6) Outras. Quais? _____
HÁBITOS DE VIDA
Você fuma? (1) Sim (2) Não (3) fumava e parei
Ingere bebida alcoólica?(1) Sim (2) Não (3) Ocasional
Realiza atividade física? (1) Regular (2) Irregular (3) Ausente Altura: _____ Peso: _____
Se for hipertenso previamente, responda:
Considerado aderente ao tratamento: SIM () NÃO() Se sim, quantas vezes por ano você faz consulta ambulatorial? (1) A cada 6 meses ou menos (2) Uma vez ao ano (3) A cada 2 anos ou mais
AValiação DE DESFECHOS
(1) Medicação prescrita: (1.1) anti-hipertensiva (1.2) analgesia (1.3) hipoglicemiantes (1.4) antibióticos (1.5) corticoides (1.6) antiemético (1.7) nenhuma (1.8) outros _____
(2) Paciente encaminhado para internação hospitalar. Especifique o diagnóstico descrito no pedido de internação hospitalar (AIH): _____
(3) Recebeu alta da unidade de emergência para casa
(4) Evadiu-se antes da consulta médica
(5) Evadiu-se após a consulta médica
(6) Morte na unidade de emergência. Especifique a provável causa, conforme relatório médico: _____ _____
Data em que a coleta dos dados foi realizada: ____/____/_____ Coletador: _____

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B – Queixas apresentadas por categorias, utilizando Sistema de Classificação Manchester de forma resumida

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDA DE PACIENTES EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA E A RELAÇÃO DAS QUEIXAS REFERIDAS COM A PRESSÃO ARTERIAL

Pesquisador: Camila Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53159116.7.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.505.129

Apresentação do Projeto:

Resposta às pendências solicitadas no parecer nº 1.410.306 de 17/3/2016 com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Trata-se de pesquisa de Mestrado em Enfermagem/UFG que será realizada no Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS), localizado no bairro Jardim Novo Mundo na cidade de Goiânia, com perspectiva de 304 participantes que buscam atendimento na emergência, observando a frequência em cada dia da semana e a relação das queixas referidas com os valores pressóricos verificados. A pesquisa é de natureza observacional transversal, seguindo dois momentos: coleta na ficha de registro e contato direto com o paciente. Sendo assim, tem-se o intuito de coletar informações a respeito do perfil sociodemográfico, perfil clínico e Perfil temporal. Os dados serão analisados, buscando elementos de significação em torno do objeto de estudo. O TCLE esta redigido em linguagem acessível e contempla os aspectos éticos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a demanda dos pacientes que buscam atendimento em serviço de emergência, segundo a frequência em cada dia da semana e a relação das queixas referidas com os valores pressóricos verificados.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1505.129

Objetivo Secundário:

Descrever a demanda dos pacientes que buscam atendimento em serviço de emergência segundo variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, cor, dia e horário do atendimento) e variáveis clínicas (queixa principal, PA, morbidades, uso de medicamentos, gravidade e evolução);

Caracterizar a demanda dos pacientes segundo as queixas referidas que os fizeram buscar o atendimento a emergência, identificando aqueles com

queixas relacionadas com o aumento da PA;

Verificar a distribuição semanal da frequência daqueles que relataram queixas associando essas com o aumento da PA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

No entendimento da pesquisadora, o estudo não oferece riscos ao voluntário/participante. Prevê a possibilidade de ocorrer o desconforto durante uso da braçadeira ao ser inflada, apertar o braço do participante. Para minimizar, no tempo de procedimento buscar-se-á a forma mais adequada para reduzir o desconforto.

BENEFÍCIOS:

O alcance social do estudo almeja a redução da sintomatologia associada ao aumento da pressão arterial. A proposta é identificar as causas que leva a isso e interferir no sentido de melhorar e elevar a qualidade de vida do paciente, bem como reduzir os custos dos serviços de saúde. Aspectos que denotam a relevância deste estudo, associada à contribuição acadêmica e científica que a pesquisadora pode prestar para sua área de conhecimento a partir dos conhecimentos adquiridos pelo estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No parecer de nº 1.410.306 de 17/3/2016, consubstanciado na Resolução 466/2 do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitado adequação no TCLE em relação aos aspectos éticos, tratado na

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: L505.129

Alínea q do referido documento, "utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento do participante", bem como, esclarecer ao participante/voluntário sobre o período de sua participação na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente projeto está devidamente instruído e todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As modificações solicitadas em Parecer nº 1.410.306 de 17/3/2016, foram cumpridas e encaminhadas. Os somatórios destes elementos possibilitam a recomendação pela aprovação do protocolo de pesquisa na medida em que atende as exigências contidas na Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_634121.pdf	05/04/2016 11:56:10		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	05/04/2016 11:55:21	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	05/04/2016 11:52:05	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.505.129

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/04/2016 11:52:05	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	apendicea.pdf	04/02/2016 19:48:28	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto final.pdf	04/02/2016 19:12:03	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Orçamento	recursos.pdf	03/02/2016 19:28:43	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronogram.pdf	03/02/2016 19:22:23	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	conselhodiretor.pdf	03/02/2016 19:16:14	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	prefeitura.pdf	03/02/2016 19:12:37	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/02/2016 18:41:34	Camila Ferreira de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 18 de Abril de 2016

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

**ANEXO B – QUEIXAS APRESENTADAS POR CATEGORIAS,
UTILIZANDO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO MANCHESTER DE
FORMA RESUMIDA* (FREITAS, 2002)**

Sinal/ Sintoma de apresentação	Sinal/ Sintoma de apresentação
(1) Agressão	(23) Exposição a agente químico
(2) Alergia	(24) Feridas
(3) Alteração do comportamento	(25) Gravidez
(4) Asma	(26) Hemorragia digestiva
(5) Autoagressão	(27) Infecções locais e abscessos
(6) Cefaléia	(28) Mal-estar em adulto
(7) Convulsões	(29) Mordeduras e picadas
(8) Corpo estranho	(30) Overdose e envenenamento
(9) Desmaio no adulto	(31) Palpitações
(10) Diabetes	(32) Problemas dentários
(11) Diarréia e/ou vômitos	(33) Problemas em extremidades
(12) Dispnéia no adulto	(34) Problemas em face
(13) Doença mental	(35) Problema em olhos
(14) Doença sexualmente transmissível	(36) Problema em ouvidos
(15) Dor abdominal	(37) Problemas urinários
(16) Dor cervical	(38) Quedas
(17) Dor de garganta	(39) Queimaduras
(18) Dor lombar	(40) Sangramento vaginal
(19) Dor testicular	(41) Trauma cranioencefálico
(20) Dor torácica	(42) Trauma maior
(21) Embriaguez aparente	(43) Trauma toracoabdominal
(22) Erupção cutânea	

*Retiradas as apresentações pediátricas para o presente estudo.