



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO MEDICINA**

SAMUELL JENSEN FERNANDES BARBOSA

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES DE RISCO
NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA USUÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

PASSO FUNDO, RS

2021

SAMUELL JENSEN FERNANDES BARBOSA

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES DE RISCO
NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA USUÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Inês Kunz

Coorientadora: Profa. Esp. Roselei Graebin

PASSO FUNDO, RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Barbosa, Samuell Jensen Fernandes

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA USUÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Samuell Jensen Fernandes Barbosa. --2021. 76 f.

Orientadora: Doutorado Regina Inês Kunz

Co-orientadora: Especialista Roselei Graebin

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Doenças Cardiovasculares. 2. Fatores de Risco. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Epidemiologia..

I. Kunz, Regina Inês, orient. II. Graebin, Roselei, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

SAMUELL JENSEN FERNANDES BARBOSA

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES DE RISCO
NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA USUÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

02/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Regina Inês Kunz – UFFS

Orientadora

Profa. MD. Msc. Daniela Teixeira Borges - UFFS

Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani - UFFS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso e minha vida.

Aos meus pais Walter e Ana Maria, minhas irmãs Ana Laura e Carolina, meu primo Matheus, minha namorada e todos os meus amigos que me incentivaram e me deram apoio por toda a minha caminhada para a realização deste trabalho.

Aos professores, meus orientadores, e pessoas envolvidas em minha formação, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) realizado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS. O presente Trabalho de Curso foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC do curso de graduação em Medicina. Este trabalho foi desenvolvido pelo acadêmico Samuell Jensen Fernandes Barbosa sob orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Kunz e coorientação da Prof.^a Esp. Roselei Graebin. O volume é composto por três partes: projeto de pesquisa, relatório de pesquisa e artigo científico. A primeira parte refere-se ao projeto de pesquisa realizado no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I (TCI), no segundo semestre letivo de 2020. A segunda, consiste em um relatório descritivo das atividades realizadas no CCR Trabalho de Curso II, no primeiro semestre letivo de 2021. A terceira parte contém o artigo científico, estruturado no CCR Trabalho de Curso III, no segundo semestre letivo de 2021. O objetivo do estudo foi verificar a prevalência das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco em adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde. Este estudo poderá fornecer dados relevantes na formulação de políticas de assistência a adultos e idosos, voltadas à melhora da qualidade de vida e de saúde dessa, importante, parcela da população.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco, Atenção Primária à Saúde, Epidemiologia.

ABSTRACT

This is a Course Work (TC) performed as a partial requirement for obtaining a Bachelor's degree in Medicine from the Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo, RS. This Course Work was structured according to the Manual of Academic Works of UFFS and complies with the TC Regulations of the medical undergraduate course. This work was developed by the academic Samuell Jensen Fernandes Barbosa under the supervision of Prof. Dr. Regina Kunz and co-supervision of Prof. Esp. Roselei Graebin. The volume consists of three parts: research project, research report and scientific article. The first part refers to the research realized during in the Curricular Component (CCR) of Course Work I (TCI), in the second semester of 2020. The second consists of a descriptive report of the activities carried out in the CCR Course Work II, in the first semester of 2021. The third part contains the scientific article, structured in the CCR Course Work III, in the second semester of 2021. The objective of the study was to verify the prevalence of cardiovascular diseases and their risk factors in adults and elderly users of Primary Health Care. This study may provide relevant data in the formulation of care policies for adults and the elderly aimed at improving the quality of life and health of this important portion of the population.

Keywords: Cardiovascular Disease, Risk Factors, Primary Health Care, Epidemiology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. DESENVOLVIMENTO	10
2.1. PROJETO DE PESQUISA	10
2.1.1. Resumo	10
2.1.2. Tema	10
2.1.3. Problemas	10
2.1.4. Hipóteses	11
2.1.5. Objetivos.....	11
2.1.5.1. Objetivo Geral.....	11
2.1.5.2. Objetivos Específicos.....	11
2.1.6. Justificativa.....	12
2.1.7. Referencial Teórico	12
2.1.8. Metodologia.....	20
2.1.9. Recursos.....	23
2.1.10. Cronograma.....	23
2.1.11. Referências.....	24
2.1.12. Anexos	27
2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA	44
2.2.1. Apresentação	44
2.2.2. Desenvolvimento	44
2.2.3. Considerações finais	44
3. ARTIGO CIENTÍFICO.....	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) se caracterizam por um conjunto de disfunções que afetam o coração e/ou os vasos sanguíneos. A maioria dessas doenças é resultado de problemas crônicos, que se desenvolvem no decorrer de muitos anos, embora algumas possam apresentar consequências na forma de episódios agudos, como infarto do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais, que ocorrem com a obstrução súbita de um vaso que irriga o coração ou o cérebro (OMS, 2017). A progressão da DCV na população está associada com maior frequência a pessoas que fumam, têm hipertensão arterial sistêmica (HAS), apresentam níveis altos de colesterol, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, fatores genéticos, comportamentais, ambientais e a diabetes *mellitus* (DM).

As DCVs representam a principal causa de morbidade e mortalidade na população mundial, correspondendo, de maneira isolada, cerca de 30% de todas as mortes no mundo (DELLA JÚNIOR *et al.*, 2016). A presença dos fatores de risco clássicos aumenta a probabilidade pré-teste de DCV, com ênfase para a doença arterial coronariana (DAC) e norteia a prevenção primária e secundária que são essenciais para o controle das DCVs no Brasil (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Em paralelo, é inerente que o cenário atual do país está associado a uma rápida mudança nos hábitos de vida da população, consolidando um novo estilo de vida moderno que somado ao contexto da urbanização e industrialização, trouxe consigo diversos avanços e consequências. Deste modo, percebe-se que o Brasil tem passado por uma transição nutricional, marcada pelo aumento na prevalência de obesidade, consolidando-se como agravo nutricional, contribuindo para uma alta incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse processo é resultado das alterações na qualidade e na quantidade de dieta, devido à grande oferta calórica dos produtos industrializados, nas condições econômicas, sociais e demográficas e no aumento do sedentarismo da população, caracterizando a nova dinâmica social (SOUZA, 2010).

Ao se pensar em um grupo de doenças que se agravam e se tornam crônicas ao longo dos anos, é importante considerar o processo pelo qual o Brasil tem passado que é o de transição demográfica. A melhoria e o acesso a saúde pública, urbanização, avanços na indústria químico-farmacêutica e controle e redução das doenças infectocontagiosas, possibilitou à sociedade o aumento da expectativa de vida e obviamente o aumento da parcela

da população adulta e idosa, caracterizando o processo geograficamente conhecido como inversão da pirâmide etária (RIGOTTI, 2012).

É imprescindível perceber que apesar das melhorias possibilitadas pelo novo contexto urbano, científico, político, social e avanços na medicina, que possibilitaram intervir na questão sanitária e controlar problemas como doenças infectoparasitárias, houve uma transição do perfil epidemiológico, agora associado ao novo contexto. Este, está associado ao envelhecimento, no qual prevalecem as doenças crônicas degenerativas como responsáveis pela maior morbidade, das quais as DCV fazem parte e contribuem com os maiores desfechos de morte no Brasil e no mundo (OLIVEIRA, 2019).

Em virtude das novas exigências com a saúde da população, o Governo Federal criou mecanismos que pudessem atuar diretamente na população com a oferta de assistência a serviços de saúde. Assim, teve a primeira edição em 2006 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MELO *et al.*, 2018), que permitiu incorporar atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), reorganizando a Atenção Básica (AB) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com isso, novas possibilidades de políticas públicas foram elaboradas com o objetivo de atender o perfil epidemiológico e assim traçar planos terapêuticos de manejo, controle, rastreamento, promoção e prevenção da saúde da população. Dentro desse aspecto, diretrizes nacionais foram organizadas e criadas para intervir nos fatores de riscos que contribuem para a prevalência de doenças cardiovasculares.

Evidencia-se a importância de estudos e projetos que busquem a melhoria tanto no planejamento epidemiológico da população como no tratamento das doenças crônicas. Apesar da indústria farmacêutica ter uma grande contribuição na intervenção terapêutica, ainda se percebe a prevalência dessas doenças crônicas e suas implicações com morbimortalidade na população. Além disso, o município de Passo Fundo – RS carece de estudos que avaliem o risco cardiovascular de sua população, principalmente aquela assistida pela APS. Dessa forma, o presente estudo irá desenvolver uma pesquisa que permita avaliar os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares que contribuem para o adoecimento e a prevalência dessa condição na população, contribuindo com novos dados e análise do perfil da população e, assim, permitirá trazer pontos que poderão subsidiar melhorias nas políticas públicas para o controle e manejo dessa comunidade.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

Devido à importância epidemiológica que os desfechos pelas doenças cardiovasculares exercem no cenário da saúde da população, o estudo busca caracterizar o perfil da população adulta e idosa atendida na Rede Urbana da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, para analisar e investigar a presença dos fatores de risco que são determinantes para a prevalência das DCVs. A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de questionário na amostra da população em atendimento nos serviços de saúde da APS. Deste modo, o trabalho pontua problemas, hipóteses e objetivos como norteadores da pesquisa. Posteriormente, por meio da justificativa e do referencial teórico o estudo busca demonstrar a relevância da temática e os impactos que o estudo pode trazer. Além disso, o estudo apresenta a metodologia elaborada com os critérios empregados necessários para a aplicação da pesquisa. Por fim, são apresentados os resultados descritivos dos dados coletados, a análise das informações e as conclusões referente a temática, de maneira a atender os problemas e objetivos considerados na pesquisa.

Palavras chaves: Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco, Atenção Primária à Saúde.

2.1.2. Tema

Prevalência de Doenças Cardiovasculares e fatores de risco na população adulta e idosa usuária da Atenção Primária à Saúde.

2.1.3. Problemas

Quais são as características sociodemográficas, de saúde e comportamentais da população atendida pela APS?

Qual a prevalência de HAS e doença cardíaca na população?

Qual a relação da obesidade com a prevalência de DCVs?

As DCVs estão associadas com presença de dislipidemia?

Qual a relação da diabetes com a prevalência de DCVs?

Existe associação de aspectos sociodemográficos e comportamentais (tabagismo, consumo de bebida alcoólica e prática de atividade física) com a prevalência de DCVs?

2.1.4. Hipóteses

Será verificado que a prevalência das DCVs é maior com o aumento da idade e provavelmente em algum determinado sexo.

Espera-se encontrar prevalência de aproximadamente 40% de HAS e doença cardíaca na população.

Espera-se encontrar que a obesidade e o estado nutricional trazem implicações para o agravamento do estado de saúde e corrobora para o desfecho das DCVs.

Espera-se encontrar a presença de hipercolesterolemia na população, a qual impacta sobre as DCVs.

Será encontrado alta prevalência da DM e sua associação com as DCVs.

Espera-se que os aspectos comportamentais estejam associados à presença de DCVs.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1. Objetivo Geral

Identificar a prevalência de doenças cardiovasculares e fatores de risco associados na população adulta e idosa atendida na Atenção Primária à Saúde.

2.1.5.2. Objetivos Específicos

Caracterizar a população quanto às características sociodemográficas e comportamentais.

Descrever a prevalência dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis para DCV.

Verificar a prevalência de HAS e doença cardíaca de acordo com as características da população.

Verificar a associação do diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hábitos de vida com a prevalência de DCVs.

2.1.6. Justificativa

O grupo de DCVs é a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, o que traz grandes implicações epidemiológicas e sociais. O impacto se estende desde o custo do tratamento, perda laboral devido as implicações do quadro da doença e, por fim, os desfechos com mortalidade. Deste modo, é importante buscar desenvolver estudos e pesquisas com o objetivo de trazer melhorias no controle da patologia e avaliar como está distribuída na população.

Concomitante a isso, é imprescindível destacar que a prevalência das DCVs no Brasil está associada a diversos fatores e que tem sido diagnosticada cada vez mais precocemente na sociedade. Desse modo, é importante destacar o contexto atual das condições de vida da população e os seus hábitos comportamentais, no qual muitos contribuem para o condicionamento das comorbidades como hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, tabagismo, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, estresse emocional, os quais são considerados fator de risco cardiovascular.

Além disso, o município de Passo Fundo, RS, carece de pesquisas que abordem uma perspectiva epidemiológica centrada na população adulta e idosa atendida nas Unidades Básicas de Saúde, com enfoque nos fatores de risco presentes na população para a prevalência de DCVs.

Portanto, o presente estudo é uma ferramenta importante para a caracterização do perfil dessa população assistida na Atenção Primária à Saúde, avaliando agravo/impacto das doenças cardiovasculares e seus fatores associados, podendo gerar ações no desenvolvimento de políticas públicas e manejo terapêutico da comunidade.

2.1.7. Referencial Teórico

2.1.7.1. Impacto das DCVs

As DCNT, principalmente doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias, são a maior causa de óbito, causando aproximadamente 38 milhões de mortes anualmente no mundo (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). No entanto, apesar da prevenção das DCVs ser uma meta alcançável elas continuam liderando a principal causa de morte (REAMY; WILLIAMS; KUCKEL, 2018).

Deste modo, a preocupação com o impacto socioeconômico é crescente, sendo considerado um problema para a saúde pública mundial. Além das mortes prematuras, as DCNT são responsáveis por incapacidade laboral, redução das rendas familiares e diminuição da produtividade. É importante considerar que os custos diretos e indiretos das DCVs no Brasil vêm aumentando nos últimos anos, como medicamentos, previdência social e dos custos da morbidade e mortalidade (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

As causas globais mais comuns de morte por DCV pela categorização dos códigos CID (Código Internacional de Doenças), através da causa básica informada na DO (Declaração de Óbito), são as doenças cardíacas reumáticas, cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, doença cardíaca hipertensiva, cardiomiopatia e miocardite, fibrilação atrial e *flutter*, aneurisma de aorta, doença vascular periférica e endocardite (BRANT *et al.*, 2017).

Outra preocupação quanto a DCV é devido a evolução da patologia ser de maneira insidiosa, porque mesmo que os fatores de risco estejam presentes nem sempre a manifestação da doença acontece de maneira expressiva. Frequentemente, a doença é diagnosticada após um evento mais grave, como um infarto agudo do miocárdio ou um acidente vascular encefálico (LUNKES *et al.*, 2018).

2.1.7.2. Doença cardíaca

As DCV são doenças que acometem tanto os vasos sanguíneos como o próprio coração, e torna-se necessário ressaltar como as doenças cardíacas influenciam nesse cenário e como são conhecidas pela população. A doença cardíaca definida pelo diagnóstico médico costuma ser autorreferida como doença do coração (GONÇALVES *et al.*, 2019). Estas, por sua vez, estão relacionadas as estruturas do coração, como aos batimentos em arritmias cardíacas, fibrilação atrial, taquicardia ventricular, a infecções como pericardite, endocardite, miocardite, disfunção estrutural como estenose mitral e pulmonar, hipertrofia, prolapso de válvula, sopros, cardiomiopatia e outras condições.

2.1.7.3. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis

São destacados alguns fatores de risco para DCV que conforme a Federação Mundial do Coração (World Heart Federation, 2010), são o sobrepeso/obesidade, dados pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) alto e circunferência abdominal elevada, sedentarismo, estresse,

histórico familiar de DCV e fatores genéticos. Além desses, estudos apontam que outros fatores como: tabagismo, idade, diabetes mellitus, níveis alterados de HDL-colesterol e dislipidemia tem grandes implicações no risco cardiovascular (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A respeito dos fatores de risco cardiovasculares é necessário destacar que são classificados em modificáveis e não modificáveis, de acordo com Organização Mundial da Saúde (MACKAY; MENSAH, 2004). Desse modo, os fatores modificáveis são: pressão arterial elevada, hiperlipidemia, hipercolesterolemia, tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, má alimentação, hiperglicemia e estresse. E entre os fatores não modificáveis estão: a idade avançada que é o maior fator de risco independente, o histórico familiar com risco aumentado para parente de primeiro grau com episódio antes de 55 anos em sexo masculino ou 65 anos em parente feminino, gênero no qual as taxas são mais altas entre homens em comparação a mulheres e etnia ou raça, com presença de aumento de acidente vascular cerebral (AVC) em negros e alguns hispânicos.

2.1.7.4. Envelhecimento

A pesquisa intitulada “Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000 – 2010”, utilizou dados do Estudo de Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), do município de São Paulo com amostra de 2.143 indivíduos em 2000, 1.413 indivíduos em 2006 e em 2010 com 1.333, constatando a associação entre o avanço da idade e o aumento progressivo de DCV em todas as análises. O envelhecimento está relacionado ao aumento do risco de apresentar doenças crônicas, como a DCV, uma vez que o aumento da longevidade acarreta naturalmente em um maior período de exposição a fatores de risco para DCNT (MASSA; DUARTE; FILHO, 2019).

Considerando o processo de transição demográfica vivenciado no Brasil, resultado da melhoria da saúde pública, dos cuidados à saúde individual e de acesso aos serviços médicos e terapêuticos, há aumento da expectativa de vida da população (RIGOTTI, 2012). Desse modo, percebe-se que a parcela da população idosa (60 anos ou mais) no país aumentou ao longo dos últimos anos, alcançando hoje em dia 14,66% da população, com expectativa de atingir 32,16% da população em 2060 (BRASIL, 2021).

2.1.7.5. Implicações da transição nutricional

O Brasil vivencia uma fase de transição nutricional caracterizado cada vez mais pelo aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares, refrigerantes, álcool, produtos industrializados com excesso de ácidos graxos “trans”, carnes, leite e derivados ricos em gorduras, doces, chocolates, etc. Em contrapartida há redução no consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes, o que gera um quadro de excesso calórico por conta da elevada ingestão de macronutrientes e deficiência de micronutrientes (vitaminas e minerais) (SOUZA, 2010)

Os hábitos de vida relacionados com dietas ricas em ácidos graxos saturados e insaturados trans são responsáveis pelo desenvolvimento de hipercolesterolemia, por isso o consumo está relacionado ao aumento do risco de desenvolvimento de DCV (NASCIUTTI *et al.*, 2015). Desse modo, a maioria dos guias alimentares sugere uma redução nas energias provenientes das gorduras, das quais a gordura saturada deve ser primeiramente reduzida (LIMA *et al.*, 2000).

2.1.7.6. Dislipidemia

A dislipidemia caracteriza-se pela elevação dos níveis plasmáticos de colesterol de baixa densidade (LDL-c), redução dos níveis de colesterol de alta densidade (HDL-c) e/ou aumento de triglicérides (TG). Essas alterações evidenciam o risco para DCV e uma alta probabilidade de ocorrência de morte por eventos coronarianos (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Além disso, a manutenção da dislipidemia corrobora para o aumento lento da aterosclerose, caracterizada pela formação de ateromas (depósitos de lipídeos na camada íntima das artérias) que provocam a restrição do fluxo sanguíneo, podendo estreitar o vaso até um nível de obstrução surgindo assim as manifestações clínicas, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (RIBEIRO; CADEMARTORI; ROCHA, 2016). As alterações no metabolismo das lipoproteínas aumentam o risco para DCV, que apresentam um importante desfecho crônico, sendo responsável por aproximadamente um terço do total de mortes no mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Na região sul do Brasil é observada uma alta prevalência de dislipidemias, caracterizadas pelo elevado consumo de alimentos gordurosos por influência cultural e, por este ser um dos fatores de risco cardiovascular, a população desta região poderá estar mais suscetível ao desenvolvimento desta patologia (RIBEIRO; CADEMARTORI; ROCHA, 2016).

2.1.7.7. Excesso de peso

A obesidade e o sobrepeso são condições complexas e crônicas, cuja prevalência cresceu muito nas últimas 4 a 5 décadas. O percentual mundial de indivíduos com IMC ≥ 25 kg/m² subiu, entre 1980 e 2013, de 28,8 para 36,9% no sexo masculino e de 29,8 para 38,0% no sexo feminino. No Brasil, 52,4% da população encontrava-se com sobrepeso em 2017, sendo que 17,9% destes eram obesos (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Obesidade é o excesso de gordura corporal, resultante do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético. De acordo com Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008 – 2009, há uma inversão de grupos na pirâmide alimentar brasileira associado ao desenvolvimento e aumento da incidência de obesidade, o que aumenta o risco cardiovascular da população pelas repercussões das desordens no estado de saúde do indivíduo (BARROSO *et al.*, 2017).

Um fator de risco independente para DCV é a obesidade e uma das principais causas do aumento do risco de doenças como dislipidemia, resistência à insulina, hipertensão arterial (HA) e aterosclerose em adultos e crianças. A obesidade é considerada um estado de inflamação com aumento do tecido adiposo, perpetuando o quadro inflamatório. Essas desregulações dos adipócitos são fatores que contribuem para o desequilíbrio da homeostase corporal e dos mecanismos pró e anti-inflamatórios, contribuindo para complicações metabólicas induzidas pela obesidade e degradação vascular e levando a alterações cardiometabólicas (CERCATO; FONSECA, 2019).

A obesidade também está fortemente relacionada a calcificação coronariana, resultado do processo de inflamação aterosclerótica. Em pacientes com DCV de baixo risco, a distribuição corporal exerce um papel importante na aterogênese coronariana, já que foi demonstrado que um maior acúmulo de tecido adiposo no abdome aumenta o risco de calcificação coronariana (LEE *et al.*, 2014).

2.1.7.8. Sedentarismo

Outro comportamento que tem grandes implicações para o estado de saúde da população é o comportamento sedentário e a inatividade física. Segundo a Associação Americana do Coração (American Heart Association) (LAVIE *et al.*, 2019) a inatividade

física está entre os principais fatores de risco modificáveis em todo o mundo para DCV e mortalidade por todas as causas. É fundamental a necessidade da promoção da atividade física e do treinamento físico que conduza a melhores níveis de aptidão cardiorrespiratória em todas as faixas etárias, raças, etnias e ambos os sexos, de modo que a prática sirva como prevenção de muitas doenças crônicas e especialmente as cardiovasculares.

2.1.7.9. Diabetes mellitus

Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), em comparação com os indivíduos sem diabetes, têm um risco médio duas a quatro vezes maior de desenvolver doença coronariana. Além de ser fator de risco para AVC isquêmico, insuficiência cardíaca (IC), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e doença microvascular, o que afeta significativamente a expectativa e a qualidade de vida (SBD, 2019).

O tratamento em pacientes diabéticos deve ser individualizado e para que o plano terapêutico seja realizado da melhor maneira é necessário a estratificação do risco cardiovascular. Em quase 30% dos casos se espera que possam ter um risco de doença coronariana semelhante ao da população em geral dentre 5 anos, no entanto, o risco ao longo da vida parece ser invariavelmente alto em quase todos os pacientes com diabetes. Condições como idade acima de 40 anos, diagnóstico de diabetes com mais de 10 anos, histórico familiar de primeiro grau com infarto do miocárdio e doença cardíaca coronária incidente prematura, sexo masculino, hipertensão, LDL elevado, função renal baixa, microalbuminúria, apneia obstrutiva do sono e principalmente síndrome metabólica, hiperglicemia crônica e hipoglicemia grave são situações que aumentam o risco cardiovascular (BERTOLUCI; ROCHA, 2017).

2.1.7.10. Tabagismo

Um comportamento dentre os fatores de risco modificáveis que trazem grandes implicações ao estado de saúde do indivíduo é o tabagismo, que corrobora para o agravamento das comorbidades e piora do prognóstico. O tabagismo é uma doença crônica resultante da dependência à nicotina e um fator de risco para mais de 50 doenças, entre elas as DCVs (BRASIL, 2020). O Brasil tem sido considerado como modelo no controle do tabagismo, reduzindo por ao menos a metade do consumo quando comparado com as últimas

décadas do século passado. Porém, apesar dos esforços, a carga do uso do tabaco na população ainda é relevante e influenciadora no desenvolvimento e progressão de doenças crônicas (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

O tabagismo exerce uma relação com a hipertensão arterial por meio de uma complexa interação entre fatores hemodinâmicos, sistema nervoso autônomo e múltiplos mediadores vasoativos (disfunção endotelial). De maneira aguda, a nicotina gera diversos mecanismos como ativação do sistema nervoso simpático e provoca aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica com redução da oferta de oxigênio aos vasos e miocárdio. Essas condições a longo prazo trazem efeitos complexos a condição de saúde, o que piora o prognóstico cardiovascular do hipertenso fumante (SOUSA, 2015). Somado a isso, o tabagismo é isoladamente um grande fator de risco modificável para doença arterial coronariana, sendo responsável por contribuir no processo aterosclerótico (LIMA; MASSABKI, 2009). Do ponto de vista fisiopatológico, o comprometimento da função vasodilatadora é uma das primeiras manifestações ateroscleróticas em um vaso, ou seja, a doença aterosclerótica é dependente de uma disfunção endotelial e o cigarro promove esse efeito (SOUSA, 2015).

2.1.7.11. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A doença crônica mais prevalente em todo o mundo é a hipertensão arterial (HA). Os níveis pressóricos da pressão arterial (PA) são mantidos por diversos fatores que incluem principalmente o volume intravascular, o débito cardíaco, a resistência vascular periférica e a capacidade elástica dos vasos arteriais (PRÉCOMA *et al.*, 2019). Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, a HA é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 por 90 mmHg e frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgão-alvo, sendo ainda agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS *et al.*, 2016)

A HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV no Brasil e, juntamente

com a DM, traz complicações que impactam sobretudo com perda da produtividade do trabalho (MALACHIAS *et al.*, 2016). Devido a esse grande impacto e significância social foram desenvolvidos muitos medicamentos eficientes e com poucos efeitos adversos, no entanto, o controle dessa condição em todo o mundo ainda é preocupante, principalmente por ser uma doença comumente assintomática, fato que dificulta muito a adesão a cuidados (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

A origem da HA primária é multifatorial, com influências genéticas e do meio ambiente, sendo que os mecanismos genéticos ainda são muito desconhecidos e o meio ambiente apresenta um papel importante para o seu desenvolvimento (PRÉCOMA *et al.*, 2019). A realização do diagnóstico depende da medida correta da PA, podendo ser utilizados atualmente métodos alternativos à medida de consultório como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). Manter o monitoramento durante o tratamento dos pacientes é necessário e desejável para que os benefícios auferidos com o tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, sejam obtidos (NOBRE *et al.*, 2013).

Ao se pensar em aumento dos níveis pressóricos nos vasos sanguíneos é necessário lembrar da função do próprio tecido que os reveste e o papel desenvolvido por eles na homeostase. A integridade do endotélio é essencial à regulação do tônus vascular e estrutural dos vasos, do fluxo sanguíneo, da perfusão tissular e à proteção contra espasmo, trombose e aterogênese (BATLOUNI, 2001). Em várias DCVs, inclusive na HA, o mecanismo de disfunção endotelial inclui: 1) diminuição da liberação de fatores de relaxamento derivados do endotélio: óxido nítrico (NO), EDHF e/ou prostaciclina; 2) diminuição da biodisponibilidade desses fatores, principalmente NO, por inativação oxidativa; 3) disfunção nas vias de transdução dos sinais dos fatores de relaxamento endoteliais; 4) diminuição da sensibilidade da musculatura lisa vascular aos fatores de relaxamento; e 5) aumento da produção de fatores e contração produzidos pelo endotélio.

Assim, cabe destacar que a HAS se caracteriza como uma DCV, bem como é fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças desse grupo devido as inúmeras implicações geradas pela fisiopatologia da condição.

2.1.7.12. Atenção Primária à Saúde (APS)

Diante da grande prevalência da HAS e demais DCVs, assim como o seu impacto na vida da população é importante pensar no impacto da assistência prestada pelos profissionais no contexto da APS, como compreensão e informação de novas políticas de atendimento. Em meio as carências existentes é importante destacar a necessidade de preparar mais os futuros profissionais, para que desenvolvam uma assistência integral e resolutive, de forma equânime, com conhecimento da realidade de cada indivíduo e da comunidade envolvida (SANTOS *et al.*, 2019).

2.1.7.13. Dinâmica social moderna e suas influências

A dinâmica da vida urbana presente no dia a dia e as exigências criadas pelo meio social contribuem para a construção de muitos conflitos e fatores tensionais no cotidiano. Incluindo os fatores psicológicos e a associação com o estado de saúde, o estresse é apontado como importante fator predisponente da hipertensão, ligado a outros fatores de risco, influenciando na reatividade cardiovascular. Isso se deve ao estresse colocar o organismo em uma reação adaptativa diante de um evento que exija uma resposta que vá além do que é habitual. Em situações de estresse crônico, a HAS pode ser consequência de um ajustamento orgânico, culminando com perda de função. Além disso, o estresse produz ainda cansaço mental, apatia, crises de ansiedade e afeta o sistema imunológico, podendo então desencadear doenças crônicas (FIGUEIREDO; CASTRO, 2015).

Em paralelo, um ambiente de trabalho estressante pode ser extremamente danoso ao trabalhador, acarretando um estado em que ocorre desgaste do organismo humano e diminuição da capacidade de trabalho (VITAL; SILVA; PAZ, 2020). Desse modo, o estresse ocupacional caracteriza-se como um dos problemas que mais afeta o trabalhador no ambiente de trabalho que, quando exagerado, acaba afetando tanto a saúde física como a mental, levando ao desenvolvimento de HA na sociedade. Percebe-se assim como os fatores ambientais são grandes responsáveis no condicionamento de saúde do indivíduo, mostrando a relevância do estilo de vida e a implicação do contexto social, econômico, demográfico e populacional, no estado de saúde do indivíduo.

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de estudo

Consiste de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico.

2.1.8.2. Local e período de realização

O estudo será realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, no período de abril de 2021 a dezembro de 2021.

2.1.8.3. População e amostragem

Este estudo será um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, que foi realizada em 34 unidades da Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, entre 27 de maio de 2019 e 23 de agosto de 2019.

A população do estudo base foi composta por adultos e idosos atendidos na APS, a qual também comporá a amostra do presente estudo, selecionada de forma não probabilística, por conveniência e consecutivamente, entre as pessoas que procuraram os serviços oferecidos nas unidades primárias no período da coleta.

Os critérios de inclusão foram adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos na Rede Urbana da APS e residentes em Passo Fundo. Os critérios de exclusão contemplaram as pessoas impossibilitadas de responder o questionário, acamados e com deficiência física (amputação e/ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, deficiência visual e deficiência auditiva) ou outras condições de impedimento.

O tamanho da amostra do estudo base foi calculado de duas formas, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80% para ambas. O primeiro cálculo, para identificar uma prevalência do desfecho de 10%, admitindo-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.403 participantes.

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado (Anexo A), por acadêmicos de medicina, especialmente treinados, que identificavam e convidavam os usuários de acordo com os critérios de seleção. A coleta dos dados se deu de segunda a sexta-feira, turnos matutino e vespertino, previamente aos procedimentos pretendidos.

Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número médio de atendimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscaram qualquer tipo de atendimento no serviço, foram abordados e convidados a participar do estudo, até que se completasse, consecutivamente, o número pré-definido para cada local. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço, em espaço reservado definido com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho da equipe.

O presente estudo analisará as seguintes variáveis contempladas no questionário, sociodemográficas: sexo, idade (aferida em anos completos e categorizada em 18-59 e ≥ 60), cor da pele autorreferida (dicotomizada em branca/não branca), escolaridade (em anos, categorizada em ensino fundamental ou ensino médio/superior), renda *per capita* em salários-mínimos (valor da época R\$ 998,00, categorizada em ≤ 1 e > 1) e situação conjugal. Relativas às questões de saúde serão analisadas: excesso de peso (analisado através dos dados altura e peso autorreferidos e realizado o cálculo do IMC, bem como diagnóstico autorreferido de excesso de peso), diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, cardiopatias e hipertensão arterial sistêmica (todos obtidos por meio da afirmação de diagnóstico prévio por parte do médico). Ainda, características comportamentais como prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica e tabagismo (todas dicotomizadas em sim/não) serão coletadas. O desfecho do presente estudo será o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e doença cardíaca.

2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Processamento e análise de dados	x	x	x						
Redação e divulgação de resultados				x	x	x	x	x	x

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.1.11. Referências

BARROSO, T. A. *et al.* Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 416-424, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>.

BATLOUNI, M. Endotélio e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 328-338, 2001.

BERTOLUCI, M. C.; ROCHA, V. Z. Cardiovascular risk assessment in patients with diabetes. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [S. l.], v. 9, n. 25, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0225-1>.

BRANT, L. C. C. *et al.* Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, suppl. 1, p. 116-128, maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050010>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. **IBGE**, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 23 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - tabagismo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CERCATO, C.; FONSECA, F. A. Cardiovascular risk and obesity. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [S. l.], v. 11, n. 74, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13098-019-0468-0>.

DELLA JÚNIOR, A. P. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular segundo os critérios de Framingham em adultos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 183-188, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/rbcs.2016.20.03.02>.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCVS). **World Health Organization**, 17 de maio de 2017. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 11 dez. 2020.

FIGUEIREDO, J. O.; CASTRO, E. E. C. Ajustamento criativo e estresse na hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, [S. l.], p. 37-46, jan-jun 2015.

GONÇALVES, R. P. F. *et al.* Self-reported medical diagnosis of heart disease and associated risk factors: National health survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 22, n. suppl 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190016.supl.2>.

LAVIE, C. J. *et al.* Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health. **American Heart Association**, [S. l.], v. 124, p. 799-815, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312669>.

LEE, S. Y. *et al.* The impact of obesity on subclinical coronary atherosclerosis according to the risk of cardiovascular disease. **Obesity**, [S. l.], v. 22, n. 7, p. 1762-1768, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.20760>.

LIMA, F. E. L. *et al.* Ácidos graxos e doenças cardiovasculares: uma revisão. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 73-80, maio-ago. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-52732000000200001>.

LIMA, M. C.; MASSABKI, P. S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares na artrite reumatoide: tabagismo e aterosclerose. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, [S. l.], v. 7, p. 343-347, ago. 2009.

LUNKES, L. C. *et al.* Fatores socioeconômicos relacionados às doenças cardiovasculares: uma revisão. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 28, p. 50-61, jun. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.14393/Hygeia142804>

MACKAY, J.; MENSAH, G. A. **The atlas of heart disease and stroke**. World Health Organization, Geneva, Switzerland: [s. n.], 2004. *E-book*.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20160140>.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000 – 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 105-114, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

NASCIUTTI, P. R. *et al.* Ácidos graxos e o sistema cardiovascular. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 11, n. 22, p. 11-29, dez. 2015. Disponível em: https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18677/Enciclopedia_Biosfera_2015_066.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 256-272, set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v46i3p256-272>.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 31, p. 69-79, jun. 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Prevalência de dislipidemias e fatores de risco associados. **Journal of Health & Biological Sciences**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 320-325, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i4.1306.p320-325.2017>.

OLIVEIRA, M. A. M. *et al.* Relation between anthropometric indicators and risk factors for cardiovascular disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 478-485, 2010.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.

REAMY, B. V.; WILLIAMS, P. M.; KUCKEL, D. P. Prevention of cardiovascular disease. **Primary care: clinics in office practice**, [S. l.], v. 45, p. 25-44, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.11.003>.

RIBEIRO, C. S. P.; CADEMARTORI, B. G.; ROCHA, A. S. R. Avaliação do perfil lipídico em adultos no sul do Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 42, n. 2, p. 11-19, jul-dez. 2016.

RIGOTTI, J. I. R. Transição demográfica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, ago. 2012. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade.

SANTOS, F. G. T. *et al.* Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com hipertensão arterial. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 489-502, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020**. São Paulo: Clannad – Editora Científica, 2019.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>.

SOUSA, M. G. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 78-83, 2015.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, [S. l.], v. 13, n. 13, p. 49-53, 2010. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/13/49.pdf>.

VITAL, T. G.; SILVA, I. O.; PAZ, F. A. N. Hipertensão arterial e os fatores de risco relacionados ao trabalho: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5085>.

2.1.12. Anexos

2.1.12.1. Anexo A – Questionário

Questionário do Projeto “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária à Saúde”

UFFS-PESQUISA: Adultos e idosos usuários do sistema único de saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária. Pesquisadora Responsável: Profª Drª Ivana Loraine Lindemann. ivana.lindemann@uffs.edu.br	
Nome do entrevistador	
Data	
Local	LOCAL ___
QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Qual é o seu nome completo?	
Qual é a sua idade? ___ ANOS COMPLETOS	IDA ___
Você tem telefone para contato? SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É	
Qual é o número do seu cartão do SUS? <i>PEÇA PARA VER E ANOTE O NÚMERO</i>	SUS _____
Qual é o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino	SEXO__
Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR__
Você sabe ler e escrever? (1) Sim. Quantos anos de estudo, completos e com aprovação, você tem? ___ anos (2) Não (3) Só assina o nome	LER__ ESCOLA__
Em relação à situação conjugal, você: (1) Tem companheiro (2) Não tem companheiro	CONJU__
QUESTÕES SOBRE SAÚDE	
Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	SAUDE__
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE__
Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DM__
Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS__
Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES__
Triglicérideo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI__
Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI__
Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE__
Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE__

HIV/AIDS	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV__
Câncer	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER__
SE SIM,	em que local do corpo?	LCAN__
<hr/>		
Alergia	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	ALERGIA__
SE SIM,	a que você tem alergia?	AQUEA__
<hr/>		
Artrite ou artrose	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	ARTRI__
SE SIM, você sente dor nos locais da artrite ou artrose?	(1) Sim (2) Não	DORA__
Não	SE SIM, essa dor começa ou piora quando está para chover ou	DORAC__
chovendo?	(1) Sim (2) Não	DORAA__
SE SIM, a dor alivia ou pára quando pára de chover?	(1) Sim	TUBER__
(2) Não		TTOTUBA__
		TTOTUBO__
		MTTO__
Tuberculose	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	
SE SIM, você está em tratamento para tuberculose?	(1) Sim (2) Não	
SE NÃO, você fez o tratamento para a tuberculose?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	
SE SIM, por quantos meses você tomou o remédio para a		
tuberculose? __		
Você sentiu alguma dor nesta última semana, incluindo hoje?	(0) Não	DOR__
(1) Sim. Há quanto tempo você sente esta dor?	(0) Há menos que 06 meses	TDOR__
	(1) Há 06 meses ou mais	
SE HÁ MAIS DE 6 MESES: Como você considera a força dessa		FDOR__
dor?	(1) Leve (2) Moderada (3) Severa	
Você possui órtese ou prótese ortopédica?	(1) Sim (2) Não	ORTE__
SE SIM, você sente dor nos locais da órtese ou da prótese?	(1) Sim	DORO__
(2) Não	SE SIM, essa dor começa ou piora quando está para chover ou	DOROC__
chovendo?	(1) Sim (2) Não	DOROA__
SE SIM, a dor alivia ou pára quando pára de chover?	(1) Sim	
(2) Não		
Tem algum remédio que você toma todos os dias?	(0) Não	REMED__
(1) Sim	SE SIM, quantos remédios você toma todos os dias? __ __	QREMD__
SE SIM, nos últimos 03 meses você procurou por algum desses		RSUS__
remédios em farmácias da rede pública (SUS)?	(1) Sim (0) Não	FRSUS__
SE SIM, com que frequência você conseguiu esses remédios?	(1) Nunca	
	(2) Às vezes	
	(3) Sempre	
Você está fazendo algum tratamento psicológico?	(1) Sim. Com qual profissional? _____	PSICO__
(0) Não		QPSICO__
Nas últimas 04 semanas, você teve dificuldade em pegar no sono?	(0) Não	SONO__
(1) Sim. Qual o grau de dificuldade para pegar no sono?	(1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave	DIFSONO__
Nas últimas 04 semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade		MADRUGA__

<p>de voltar a dormir? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade de voltar a dormir? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você teve noite curta de sono por que acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)? (0) Não (1) Sim. O quão curtas foram essas noites? <i>NÃO LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA</i> (1) Pouquíssimo (5 ou 6h) (2) Pouco (4h) (3) Muito (3h) (4) Muitíssimo (menos de 3h)</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você se sentiu cansado durante o dia, prejudicando suas atividades por não dormir direito? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de cansaço? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p>	<p>VDORMIR__</p> <p>CEDO__</p> <p>QCURTAS__</p> <p>CANSADO__</p> <p>GRAUCAN__</p>
<p>Você toma remédio para dormir? (1) Sim (2) Não</p>	<p>RSONO__</p>
<p>Quando foi a sua última consulta médica (a mais recente) em posto de saúde, CAIS ou ambulatório aqui de Passo Fundo?</p>	<p>CONSULTA__</p>
<p>Sobre essa sua última consulta médica:</p> <p>O médico lhe recebeu de forma que você se sentisse confortável? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico perguntou sobre o motivo da sua consulta? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico perguntou sobre os medicamentos que você estava tomando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico discutiu as opções de tratamento com você? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico respondeu todas as suas dúvidas? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico verificou se você entendeu tudo que ele explicou? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico destinou um tempo adequado para o seu atendimento? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>Você se sentiu satisfeito com sua consulta médica? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p>	<p>CONFO__</p> <p>MOTIVO__</p> <p>PMEDIC__</p> <p>OTRATA__</p> <p>DUVIDA__</p> <p>EXPLI__</p> <p>TEMPOA__</p> <p>SATIS__</p>
<p>No total, quantas pessoas, incluindo você, moram na sua casa?__ __</p>	<p>MORA__ __</p>
<p>Você exerce atividade remunerada? (0) Não/Aposentado/Pensionista (1) _____ Sim/Em _____ benefício. Trabalha em quê? _____</p>	<p>REMU__</p> <p>TRAB__</p>
<p>Qual é a renda total das pessoas que moram na sua casa, incluindo você? <i>CONSIDERE QUALQUER RENDA E ANOTE EM REAIS OU EM SALÁRIOS MÍNIMOS</i> _____</p>	<p>RENDA __ __ __ __ __ , __</p> <p>__</p>
<p>Você sabe seu peso? _____ Kg (0) Não sei</p>	<p>PESO __ __ __ , __</p>
<p>Você sabe sua altura? _____ metros (0) Não sei</p>	<p>ALTURA __ , __ __</p>

QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA E DE SAÚDE	
Que atitudes relacionadas à alimentação você considera saudáveis?	
Você tem o costume de tomar remédio por conta própria, sem receita? (1) Sim (0) Não Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio por conta própria, sem receita? (3) Não sabe/não lembra (2) Não (1) Sim. Para que você tomou remédio? Febre (1) Sim (2) Não Gripe, resfriado, dor de garganta (1) Sim (2) Não Dor (1) Sim (2) Não Problemas digestivos (1) Sim (2) Não Cólicas menstruais (1) Sim (2) Não Outros problemas. Quais? _____	AUTOM__ AUTOM30__ FEBRE__ GRIPE__ DOR__ DIGE__ COLICA__ OUREM__
Você tem o costume de acessar a internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca <i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES</i> Você tem o costume de pesquisar sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca <i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES,</i> Você acredita no que encontra sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca Você comenta com o médico sobre o que encontra sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca	NET__ NETSAU__ ACRES__ COMEN__
Você fez a vacina da gripe nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não. Por quê? _____	VACINA__ PQNVAC__
Você fuma? <i>SE FOR EX-FUMANTE, CONSIDERE "NÃO"</i> (1) Sim (0) Não	FUMA__
Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (0) Não	BEBE__
Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? (1) Sim. <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (0) Não SE SIM, quantas vezes por semana? _____ Quanto tempo por dia? _____ Qual tipo de atividade física você faz? Caminhada (1) Sim (0) Não Corrida (1) Sim (0) Não Esportes (futebol, voleibol, handebol, etc) (1) Sim (0) Não Ginástica/musculação (1) Sim (0) Não Dança/zumba (1) Sim (0) Não Alongamento/yoga/tai-chi-chuan (1) Sim (0) Não Outra (especifique) _____	AF__ VAF__ TAFM__ __ __ CAMI__ CORRI__ ESPO__ GINA__ DANCA__ ALONGA__ OUTRAF__
Na maioria das vezes, como você se desloca para ir de um lugar ao outro no dia a dia?	DESLOCA__

<p>(1) A pé (2) De bicicleta (3) De ônibus (4) De carro/moto</p> <p>Quanto tempo, em média, você gasta caminhando ou pedalando por dia, considerando os trajetos de ida e volta de deslocamentos de um lugar ao outro?</p> <p>(1) Não caminho ou pedalo como meio de deslocamento (2) Menos de 10 minutos (3) De 10 a 29 minutos (4) De 30 a 59 minutos (5) 60 minutos ou mais</p>	TDESLOCA__
<p>Como você considera a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim</p>	ALIM__
<p>Você tem dificuldades para ter uma alimentação saudável?</p> <p>(0) Não (1) Sim. Quais? _____</p>	DIFAS__
<p>Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? (1) Sempre (2) Às vezes (0) Nunca</p>	TV__
<p>Quais refeições você faz ao longo do dia? <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i></p> <p><i>SE "ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO", ASSINALE "NÃO"</i></p> <p>Café da manhã (1) Sim (0) Não Lanche da manhã (1) Sim (0) Não Almoço (1) Sim (0) Não Lanche da tarde (1) Sim (0) Não Jantar (1) Sim (0) Não Ceia (1) Sim (0) Não</p>	CAFE__ LANCHEM__ ALMOCO__ LANCHET__ JANTAR__ CEIA__
<p>ONTEM VOCÊ CONSUMIU: <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i></p> <p>Feijão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Frutas frescas (não considerar suco de frutas) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Hambúrguer e/ou embutidos: presunto, mortadela, salame, linguiça ou salsicha (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Bebidas adoçadas: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p> <p>Biscoito recheado, doces ou guloseimas: balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>	FEIJAO__ FRUTA__ VERDURA__ HAMBU__ BEBIDA__ MIOJO__ BISCOITO__
<p>Você é sexualmente ativo?</p> <p>(0) Não (1) Sim. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12</p>	ATIVO__ PARCE__

<p>meses? _____</p> <p>Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, o seu comportamento é: (1) Sem risco (2) De médio risco (3) De alto risco (0) Não sabe</p> <p>informar Você tem o hábito de usar preservativo? (0) Não (1) Sim. Nos últimos 12 meses você usou preservativo? (1) algumas vezes (2) sempre</p>	RISCO__ PRESERVA__ FPRE__
<p>Alguma vez na vida você fez exame de colonoscopia? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame?</p> <p>Por que você fez o exame?</p> <hr/>	COLO__ QCOLO__ PQCOLO__
<p>Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim SE SIM, você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim SE SIM, alguma vez você tentou pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim</p> <p>Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida? (0) Não (1) Sim</p> <p>Alguém da sua família pôs fim à própria vida? (0) Não (1) Sim</p>	FVIDA__ PFVIDA__ TEFVIDA__ FTVIDA__ FFVIDA__
QUESTÕES SOMENTE PARA HIPERTENSOS	
<p>Você toma remédio para pressão alta? (0) Não (1) Sim SE SIM, Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? (0) Sim (1) Não</p> <p>Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (0) Sim (1) Não</p> <p>Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você tomou seus remédios para pressão alta ontem? (1) Sim (0) Não</p> <p>Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? (0) Sim (1) Não</p>	RMIPA__ ESQUECE__ NTOMOU__ PAROU__ VIAJA__ ONTEM__ CONTROL__ COLATE__ LEMBRA__

<p>Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?</p> <p>(1) Nunca (0) Quase nunca (0) Às vezes (0) Frequentemente (0) Sempre</p>	
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES	
<p>Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim SE SIM, de que maneira você soube da necessidade de fazer o exame? _____ SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo? _____</p> <p>Alguma vez na vida você fez mamografia? (0) Não (1) Sim SE SIM, qual era a sua idade quando fez o exame pela primeira vez? ____ anos (00) Não lembra Nos últimos 02 anos você fez pelo menos uma mamografia? (0) Não (1) Sim SE SIM, de maneira você soube da necessidade de fazer a mamografia? _____ SE NÃO, por que você não fez mamografia? _____</p> <p>Você está grávida? (1) Sim (0) Não</p> <p>Você já ficou grávida outras vezes? (0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM, quantas vezes você já ficou grávida? ____ <i>INCLUIR GRAVIDEZ ATUAL, SE HOUVER</i> Qual foi a idade da primeira gravidez? ____ anos Você desenvolveu alguma doença quando ficou grávida? (0) Não (1) Sim. Quais? _____</p> <p>Você tem filhos? (0) Não (1) Sim. Quantos? ____ filhos</p> <p>Você fez parto normal? (1) Sim. Quantos? ____ (0) Não</p> <p>Você fez parto cesáreo? (1) Sim. Quantos? ____ (0) Não</p>	<p>PAPA__</p> <p>PAPA3__</p> <p>MSPAPA__ PQNPAPA__</p> <p>MAMO__</p> <p>IMAMO__ MAMO2__ MSMAMO__ PQNMAMO__</p> <p>GRAVIDA__</p> <p>OGRAVIDA__</p> <p>NGRAVI__ IGRAVI__ DOGRAVI__</p> <p>FILHO__ QFILHO__</p> <p>NORMAL__ QNORM__</p> <p>CESAR__ QCESAR__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA GESTANTES	
<p>Com quantas semanas de gravidez você está? ____ semanas</p>	<p>SEMA__</p>
<p>Você sabe a data da sua última menstruação? SE SIM, quando foi? _____ (0) Não sabe</p>	<p>DUM __ __ / __ __ / __ __ __</p> <p>__</p>

<p>Você lembra do seu peso antes de ficar grávida? _____ (0) Não</p> <p>Você faz pré-natal? (1) Sim. Quantas consultas você fez até agora? __ __ consultas (0) Não lembra (0) Não</p> <p>Você desenvolveu alguma doença durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não</p> <p>Você tomou algum remédio por conta própria, sem orientação, durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não</p>	<p>PESOG __ __ __, —</p> <p>PRE__ QCPRE__ __</p> <p>DNGRAVI__</p> <p>REMGRAVI__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA OS HOMENS	
<p>Alguma vez na vida você fez o exame de toque retal para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame? _____</p> <p>Por que você fez o exame? _____</p> <p>Alguma vez na vida você fez o PSA para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame? _____</p> <p>Por que você fez o exame? _____</p>	<p>TOQUE__</p> <p>QTOQUE__ PQTOQUE__</p> <p>PSA__</p> <p>QDOPSA__ PQPSA__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA IDOSOS	
<p>No banho, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para vestir-se, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para usar o banheiro você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para sair da cama e sentar-se em uma cadeira, ou o contrário, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para urinar e/ou eliminar fezes você: (0) Tem total controle/não precisa de nenhuma ajuda (1) Às vezes tem escape de urina e/ou fezes/precisa de alguma ajuda (2) Tem incontinência urinária e/ou fecal/usa fraldas constantemente</p> <p>Para alimentar-se você:</p>	<p>BANHO__</p> <p>VESTIR__</p> <p>BANHEIRO__</p> <p>CAMA__</p> <p>PERDA__</p> <p>ALIMENTAR__</p>

(0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	
OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!	

2.1.12.2. Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFFS para a execução do projeto “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica da Atenção Primária”



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADULTOS E IDOSOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09474719.3.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.219.633

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO, POPULAÇÃO E AMOSTRA: Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS. O estudo será realizado de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2022. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95%, poder de estudo de 80%, razão de não expostos/expostos de 1:9, prevalência total do desfecho de 20%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 10,5% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.217 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.400 participantes.

DESENHO – COMENTÁRIOS:

Adequado

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2022. Dentre

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-890
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffa@uffa.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

os objetivos da pesquisa, figuram: descrever características de saúde de adultos e idosos usuários da Rede Urbana de APS e identificar fatores associados; contribuir com a organização da Rede e com a oferta de medidas de prevenção em todos os níveis, visando a atender às necessidades dos usuários, tendo em vista seu perfil epidemiológico e; fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local por meio da integração ensino-serviço-comunidade. A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação de questionários a adultos e idosos em atendimento nos serviços de saúde

COMENTÁRIOS:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Descrever características de saúde de adultos e idosos usuários da Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde e identificar fatores associados

Objetivo Secundário:

Descrever características sociodemográficas; Descrever conhecimento e comportamento de saúde, bem como, fatores associados, no que tange às principais doenças; Contribuir com a organização da Rede de Atenção Primária à Saúde e com a oferta de medidas de prevenção em todos os níveis, visando atender às necessidades dos usuários, tendo em vista seu perfil epidemiológico; Fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local por meio da integração ensino-serviço-comunidade.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Tratando-se de pesquisa observacional os riscos são mínimos. No entanto, poderão ocorrer constrangimento e desconforto devido a algumas perguntas do questionário e da aferição do peso, da altura e da pressão arterial. Assim, a coleta de dados será realizada em espaço reservado, garantindo a privacidade dos participantes. Além disso, visando minimizar a possibilidade de ocorrência de tais riscos e no caso de ocorrerem, os participantes serão lembrados de que a participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo da sua

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

Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-809

UF: SC **Município:** CHAPECO

Telefone: (49)2040-3745

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

relação com o serviço de saúde.

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Como benefício direto, os participantes receberão um folder informativo sobre direitos dos usuários da saúde, baseado na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011). De forma indireta, os participantes poderão ser beneficiados tendo em vista que os resultados poderão ser utilizados pela gestão municipal da saúde na qualificação da atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da amostra investigada.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS, VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS: Após o estudo piloto, os dados serão coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos treinados. Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada um dos serviços de saúde será proporcional ao número médio de procedimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscarem qualquer tipo de atendimento no serviço, serão abordados e convidados a participar do estudo, até que se complete o n determinado para cada local. Em caso de consentimento (Apêndice A), a aplicação do questionário será feita no próprio serviço, em espaço reservado a ser previamente definido com a chefia, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho. O questionário (Apêndice B) será composto de perguntas sobre características: sociodemográficas (sexo; idade; cor da pele, escolaridade; ocupação; situação conjugal; número de pessoas no domicílio; renda; acesso à internet), de saúde (internação hospitalar por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores; realização de exames de mamografia, papanicolau, próstata, colonoscopia; diagnóstico médico autorreferido de excesso de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, doença cardiovascular, câncer, alergias, depressão; uso

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

Bairro: Área Rural

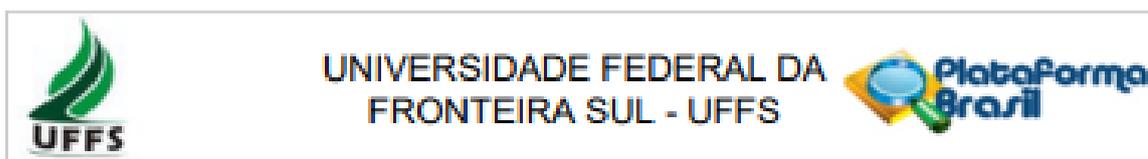
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

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



Continuação do Parecer: 3.219.633

de medicamentos; comportamento suicida; tratamento psicológico; percepção sobre a comunicação do médico na consulta mais recente), de conhecimento de saúde (autodefinição de alimentação saudável; autopercepção da saúde e da alimentação) e, de comportamento de saúde e de alimentação (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; consumo alimentar; dificuldades para alimentação saudável; prática de atividade física; vacinação; uso de contraceptivo). Além disso, serão aferidos peso, altura e pressão arterial.

ASPECTOS ÉTICOS: O estudo será realizado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que a coleta de dados será iniciada somente após aprovação ética. O material do estudo ficará sob a guarda dos pesquisadores, em espaço seguro e privativo, por um período de 05 anos, sendo posteriormente destruído. Os principais resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio da exposição de pôsteres nas salas de espera dos serviços de saúde. À Secretaria Municipal de Saúde será enviado relatório impresso, apresentando os achados da pesquisa. O estudo é relevante, pois, os resultados gerados poderão ser úteis à gestão em saúde, tanto dos serviços individualmente, como de toda a Rede, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e as condições de saúde da população. Além disso, poderá fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, bem como fortalecer a inserção da UFSS em âmbito local e colaborar com o desenvolvimento da comunidade, propósitos estes, que fazem parte da missão institucional.

METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Critério de Inclusão:

Adultos e idosos, de ambos os sexos, residentes na cidade e atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde.

Critério de Exclusão:

Acamados e portadores de deficiência física (amputação e/ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, deficiência visual e deficiência auditiva) ou outra que os impeça de responder ao

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.ufs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.033

questionário.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão duplamente digitados e validados visando maior qualidade. As análises estatísticas compreenderão a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis independentes. Ainda, serão calculadas as prevalências das variáveis dependentes e seus intervalos de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados, será calculada a Razão de Prevalências e seus IC95. Considerando tratar-se de variáveis categóricas, na análise bivariada será utilizado teste do Qui-Quadrado e na multivariada a Regressão de Poisson. Na análise multivariada serão incluídas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e no modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,05$. Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Será produzido um perfil dos usuários o qual poderá ser útil à gestão em saúde, tanto dos serviços individualmente, como de toda a Rede, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e as condições de saúde da população

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFSS



Continuação do Parecer: 3.219.633

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS :

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Adequada

TGLE : Adequado

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

Adequada

Recomendações:

Sugere-se a explicitação de hipótese.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

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

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

Lembre-se que:

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

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

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.ufss@uffa.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

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

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

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1311362.pdf	12/03/2019 14:49:39		Aceito
Outros	ccSMS.pdf	12/03/2019 14:34:58	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	12/03/2019 14:34:32	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	questionario.doc	10/03/2019 11:39:11	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08/03/2019 20:54:40	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	fupesquisa_APS_3.doc	08/03/2019 20:54:25	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

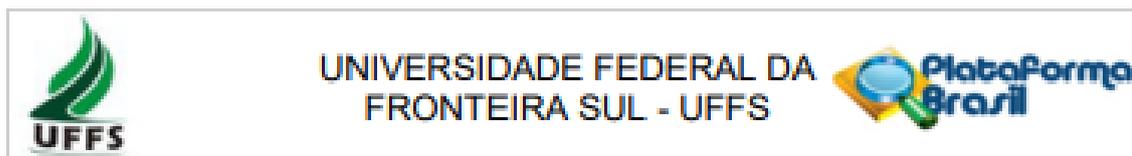
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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



Continuação do Parecer: 3.219.633

CHAPECO, 25 de Março de 2019

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

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 69.815-809
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffe@uffe.edu.br

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. Apresentação

O presente estudo é um recorte de um trabalho maior intitulado “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS em março de 2019, sob parecer de número: 3.219.633.

2.2.2. Desenvolvimento

A partir dos dados gerados no trabalho “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária” que foram coletados e duplamente digitados e validados, sendo utilizado o programa EpiData (distribuição livre), o presente estudo avaliou, de acordo com o recorte temático e os objetivos pretendidos, a seleção dos dados a serem utilizados. Dessa forma, foi limpo o banco de dados com as variáveis definidas no estudo “Prevalência de Doenças Cardiovasculares e fatores de risco na população adulta e idosa usuária da Atenção Primária à Saúde” e realizado a análise dos dados com a estatística descritiva dos dados, composta por média e desvio-padrão das variáveis numéricas e as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, prevalências das variáveis dependentes e seus intervalos de confiança de 95% (IC95). A influência das variáveis independentes sobre as dependentes foi verificada por meio do teste de qui-quadrado, considerando significância estatística de 5%. Em observação do estudo foi considerado a necessidade da inclusão de uma nova variável independente, situação conjugal, pela relevância presente no cuidado da saúde, sobretudo dos idosos, em situação de cônjuges presentes. Em seguida foram construídas as tabelas a partir das análises feitas, informações que serão utilizadas na construção dos resultados e discussão do artigo.

2.2.3. Considerações finais

A construção do trabalho segue de acordo com o cronograma definido inicialmente, iniciando na próxima etapa a construção do artigo científico para posteriormente a sua apresentação. A construção do artigo científico será adequada de acordo com as normas da revista pretendida futuramente para a publicação.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo científico foi redigido conforme as normas da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, as quais seguem como anexo a este arquivo.

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES DE RISCO
NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA USUÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

**PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND RISK FACTORS IN THE
ADULT AND ELDERLY POPULATION USING PRIMARY HEALTH CARE**

Samuell Jensen Fernandes Barbosa (Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, samuelljensen96@gmail.com) – não possui conflitos de interesse

Roselei Graebin (Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, rgraebin@gmail.com) – não possui conflitos de interesse

Regina Inês Kunz (Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, regina.kunz@uffrs.edu.br) – não possui conflitos de interesse

Estudo devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, sob o número 3.219.633.

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de morte no Brasil e no mundo, afetam o coração e os vasos sanguíneos e possuem fatores de riscos modificáveis e não modificáveis. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de DCVs – hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença cardíaca – e sua associação com fatores sociodemográficos, de saúde e comportamentais. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com adultos e idosos, de ambos os sexos, usuários da Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo - RS, dos quais foram observadas características de saúde, sociodemográficas e comportamentais por meio da aplicação de questionários padronizados e analisou a relação das variáveis independentes sobre as dependentes por meio do teste de qui-quadrado, considerando erro α de 5%. **Resultados:** Foram entrevistados 1.443 adultos e idosos, nos quais observou-se que a prevalência de HAS foi de 39,5% e variou em função do aumento da idade, ausência de cônjuge, baixa escolaridade, aumento do peso, presença de diabetes e dislipidemia, prática de atividade física e não consumo de bebida alcoólica. A prevalência de doença cardíaca foi de 14,5% e variou em função do aumento da idade, sexo masculino, baixa escolaridade, maior peso, presença de diabetes, hipertensão e dislipidemia associadas. **Conclusão:** Observou-se que a prevalência de hipertensão arterial e doença cardíaca na população estudada foi alta e maior em comparação a outras regiões do país, e que houve associação com diferentes características sociodemográficas, de saúde e comportamentais, apontando a importância de mais estudos epidemiológicos e a elaboração de estratégias de controle e prevenção dessas comorbidades.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde, Doenças Cardíacas, Epidemiologia, Hipertensão.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVDs) are the main causes of death in Brazil and in the world, affect the heart and blood vessels and have modifiable and non-modifiable risk factors.

Objective: Evaluate the prevalence of CVDs - systemic arterial hypertension (SAH) and heart disease – and their association with sociodemographic, health and behavioral factors.

Methods: A cross-sectional study was carried out with adults and elderly, of both sexes, users of Primary Health Care in Passo Fundo - RS, whose health, sociodemographic and behavioral characteristics were observed through the application of standardized questionnaires and analyzed the relationship of independent variables over the dependent ones using the chi-square test, considering an α error of 5%. **Results:** 1.443 adults and elderly people were interviewed, in which it was observed that prevalence of SAH was 39.5% and varied according to increasing age, absence of a spouse, low education level, weight gain, presence of diabetes and dyslipidemia, physical activity and non-consumption of alcoholic beverages. The prevalence of heart disease was 14.5% and varied depending on the increase in age, male gender, low education level, greater weight, presence of diabetes, hypertension and associated dyslipidemia. **Conclusion:** It was observed that the prevalence of arterial hypertension and heart disease in studied population was high and higher compared to other regions of the country, and that there was an association with different sociodemographic, health and behavioral characteristics, pointing out the importance of more epidemiological studies and the elaboration of control and prevention strategies for these comorbidities.

Keywords: Epidemiology, Heart Diseases, Hypertension, Primary Health Care.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCVs) são um conjunto de disfunções que afetam o coração e/ou os vasos sanguíneos, sendo que a maioria dessas doenças são resultado de problemas crônicos que se desenvolvem ao longo de anos, apesar de haver apresentações agudas das doenças, como o infarto agudo do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais, decorrentes de uma obstrução súbita de um vaso que irriga o coração ou o cérebro ⁽¹⁾. Caracterizam-se como um dos grandes desafios da saúde mundial por serem responsáveis por mais de 17 milhões de mortes/ano no mundo, correspondendo a mais de 30% do total de óbitos do planeta. Os distúrbios do aparelho circulatório no Brasil, além de ocuparem a principal posição de causa de morte, também se destacam entre os maiores motivos de internação hospitalar, implicando em altos custos para o sistema de saúde do país ⁽²⁾.

Além disso, as DCVs estão associadas ao aumento da morbidade e incapacidade ajustadas pelos anos de vida, apresentando fatores de risco clássicos que contribuem para a progressão dessas patologias, aspectos estes que norteiam as ações, como implementação de políticas de saúde, estímulo aos hábitos de vida saudáveis, o acesso a medidas para prevenção e tratamento das DCVs na prevenção primária e secundária ⁽³⁾. Dessa forma, é necessário destacar que os fatores de risco cardiovasculares são classificados em modificáveis e não modificáveis, de acordo com a Organização Mundial de Saúde ⁽⁴⁾. Dentre os modificáveis podemos citar: tabagismo, etilismo, pressão arterial elevada, hiperlipidemia, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidade, má alimentação, diabetes e estresse; e não modificáveis: a idade avançada, que é o maior fator de risco independente, o histórico familiar, gênero no qual as taxas são mais altas entre homens em comparação a mulheres e etnia ou raça, com presença de aumento de acidente vascular cerebral (AVC) em negros e alguns hispânicos.

Considerando-se o processo de transição demográfica vivenciado no Brasil e no mundo, resultado da melhoria da saúde pública, dos cuidados à saúde individual e de acesso aos serviços médicos e terapêuticos, há aumento da expectativa de vida da população ⁽⁵⁾. Desse modo, percebe-se que a parcela da população idosa (60 anos ou mais) no país

aumentou ao longo dos últimos anos, alcançando atualmente cerca de 14,66% da população, com expectativa de atingir 32,16% da população em 2060 ⁽⁶⁾.

Além da transição demográfica, são perceptíveis as mudanças na realidade comportamental da população brasileira, marcadas pelo aumento da oferta calórica e redução do teor nutricional dos alimentos, bem como aumento do sedentarismo na população, o que culmina no aumento da prevalência da obesidade e agravamento das incidências das doenças crônicas ⁽⁷⁾. Desse modo, com o aumento da população idosa no país têm-se a maior exposição a fatores de risco para DCNT ⁽⁸⁾, ampliando sua prevalência ao longo dos anos, principalmente as DCVs, que são grandes causadoras de mortalidade ⁽⁹⁾.

A fim de atender as novas exigências e demandas da saúde, o Governo Federal criou mecanismos que pudessem atuar diretamente na população com a oferta de assistência a serviços de saúde. Nesse cenário destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), organizada de modo a atender o perfil epidemiológico e assim traçar planos terapêuticos de manejo, controle, rastreamento, promoção e prevenção da saúde da população. Com base nos modelos de assistência à saúde pública ofertada no Brasil, diretrizes são organizadas e criadas para intervir nos fatores de riscos que contribuem para a prevalência de doenças cardiovasculares.

Dessa forma, evidencia-se a importância de estudos que busquem a análise do perfil epidemiológico da população assistida pela APS, de preferência em diferentes espaços territoriais, culturais e sociais, como o município de Passo Fundo, indicado como terceiro maior centro de saúde da região Sul do Brasil, atualmente carente de estudos que abordem o cenário das DCVs. Informações levantadas por estes estudos, fornecem dados atualizados sobre o perfil de saúde da população e, assim, poderão subsidiar melhorias nas políticas públicas para o controle e manejo dessa comunidade.

Assim, o presente estudo objetiva avaliar a prevalência de DCVs – hipertensão arterial sistêmica e doença cardíaca – bem como fatores sociodemográficos, de saúde e comportamentais associados ao desfecho na população adulta e idosa usuária da APS em Passo Fundo/RS.

Metodologia

Consiste em um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, realizado entre abril e dezembro de 2021. Trata-se de um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, que foi realizada em

34 unidades da Rede Urbana da APS de Passo Fundo, RS, entre 27 de maio de 2019 e 23 de agosto de 2019, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, sob o número 3.219.633.

A população do estudo base foi composta por adultos e idosos de ambos os sexos atendidos na rede urbana da APS e residentes em Passo Fundo, a qual também integrou a amostra do presente estudo, selecionada de forma não probabilística, por conveniência e consecutivamente, entre as pessoas que procuraram os serviços oferecidos nas unidades primárias no período da coleta. Os critérios de exclusão contemplaram as pessoas impossibilitadas de responder o questionário, acamados e com deficiência física (amputação e/ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, deficiência visual e deficiência auditiva) ou outras condições de impedimento.

O tamanho da amostra do estudo base foi calculado de duas formas, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80% para ambas. O primeiro cálculo, para identificar uma prevalência do desfecho de 10%, admitindo-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária foi de 1.403 participantes.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado por acadêmicos de medicina, especialmente treinados, que identificavam e convidavam os usuários de acordo com os critérios de seleção. Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número médio de atendimentos realizados com o público alvo no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscaram qualquer tipo de atendimento no serviço, foram abordados e convidados a participar do estudo, até que se completasse, consecutivamente, o número pré-definido para cada local. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço, em espaço reservado, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho da equipe.

O presente estudo analisou as seguintes variáveis contempladas no questionário, sociodemográficas: sexo, idade (aferida em anos completos e categorizada em 18-59 e ≥ 60),

cor da pele autorreferida (dicotomizada em branca/não branca), situação conjugal, escolaridade (em anos, categorizada em ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior) e renda *per capita* em salários-mínimos (valor da época R\$ 998,00, categorizada em ≤ 1 e >1). Relativo às questões de saúde foram analisadas: estado nutricional, analisado a partir do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) baseado na altura e peso autorreferidos, bem como diagnóstico médico autorreferido de excesso de peso, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Ainda, características comportamentais como tabagismo, consumo de bebida alcoólica e prática de atividade física (todas dicotomizadas em sim/não) foram coletadas. O desfecho do presente estudo foi o diagnóstico autorreferido de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença cardíaca.

Os dados coletados foram duplamente digitados no banco de dados do Epidata Versão 3.1 e, posteriormente, transferidos para o programa estatístico PSPP (ambos de distribuição livre). A análise foi composta de estatística descritiva dos dados, considerando a média e desvio-padrão das variáveis numéricas e distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Ainda, foram calculadas as prevalências das variáveis dependentes e seus intervalos de confiança de 95% (IC95). A relação das variáveis independentes sobre as dependentes foi verificada por meio do teste de qui-quadrado, considerando significância estatística de 5%.

Resultados

A amostra foi constituída de 1.443 participantes, cuja caracterização está descrita na Tabela 1. Destaca-se, quanto às variáveis sociodemográficas, que a maioria da amostra é adulta (72%), do sexo feminino (71%), de cor branca (64,8%), possui cônjuge (72,2%), estudou até o ensino fundamental (45,6%), com renda *per capita* inferior ou igual a um salário mínimo (71,2%). Quanto aos aspectos de saúde e comportamentais, a maioria da amostra apresenta-se com sobrepeso (40,7%), não apresenta diagnóstico médico autorreferido de diabetes (80,9%), hipercolesterolemia (74,8%) e hipertrigliceridemia (80,9%), não fuma ou é ex-fumante (81,7%), não consome bebida alcoólica (70,9%) e não pratica atividade física (57,5%).

Tabela 1. Caracterização da amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2021 (n=1.443).

Variáveis	n	%
Idade (n= 1.438)		
Adultos	1.035	72,0

Idosos	403	28,0
Sexo (n= 1.443)		
Masculino	418	29,0
Feminino	1.025	71,0
Cor da pele (n= 1.437)		
Branca	931	64,8
Outra	506	35,2
Situação conjugal (n= 1.436)		
Com companheiro	1.037	72,2
Sem companheiro	399	27,8
Escolaridade (n= 1.338)		
Ensino fundamental	610	45,6
Ensino médio	454	33,9
Ensino superior ou mais	274	20,5
Renda <i>per capita</i> (n= 1.349)		
> 1 SM	389	28,8
≤ 1 SM	960	71,2
Estado nutricional (n= 1.264)		
Baixo peso	50	4,0
Eutrofia	396	31,3
Sobrepeso	514	40,6
Obesidade	304	24,1
Diabetes Mellitus (n= 1.443)		
Não	1.167	80,9
Sim	276	19,1
Hipercolesterolemia (n= 1.443)		
Não	1.080	74,8
Sim	363	25,2
Hipertrigliceridemia (n= 1.443)		
Não	1.168	80,9
Sim	275	19,1
Tabagismo (n= 1.441)		
Não/ex-fumante	1.177	81,7
Sim	264	18,3
Consumo de bebida alcoólica (n= 1.442)		
Não	1.023	70,9
Sim	419	29,1
Prática de atividade física (n= 1.442)		
Não	829	57,5
Sim	613	42,5

Fonte: própria

SM – salário mínimo (valor à época R\$ 998,00)

O primeiro desfecho do presente estudo, diagnóstico de HAS, foi identificado em 39,5% dos participantes (IC95 37-42%). Na tabela 2 está sua prevalência em comparação às variáveis independentes. Verificou-se nas variáveis sociodemográficas uma maior prevalência de HAS entre indivíduos idosos (70%, $p < 0,001$), sem companheiro (44,6%, $p = 0,014$) e com escolaridade até o ensino fundamental (47,7%, $p < 0,001$). No aspecto das variáveis de saúde observou-se que houve relação da maior prevalência do desfecho do estado nutricional com sobrepeso e obesidade (44,7%; 43,8%, $p < 0,001$), entre os indivíduos com diabetes (73,9%, $p < 0,001$), com hipercolesterolemia (69,4%, $p < 0,001$), com hipertrigliceridemia (68,7%,

$p < 0,001$). Além disso, quanto as variáveis comportamentais da amostra, observou-se uma diferença na distribuição da frequência do desfecho em relação ao não consumo de bebida alcoólica (41,2%, $p = 0,040$) e com a prática de atividade física (43,1%, $p = 0,018$).

Tabela 2. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica de usuários da Atenção Primária à Saúde conforme variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Passo Fundo, RS, 2021 (n= 1.443)

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Idade (n= 1.438)					<0,001
Adulto	749	72,4	286	27,6	
Idoso	121	30,0	282	70,0	
Sexo (n= 1.443)					0,059
Masculino	237	56,7	181	43,3	
Feminino	636	62,0	389	38,0	
Cor da pele (n= 1.437)					0,244
Branca	554	59,5	377	40,5	
Outra	317	62,6	189	37,4	
Situação conjugal (n=1.436)					0,014
Com companheiro	648	62,5	389	37,5	
Sem companheiro	221	55,4	178	44,6	
Escolaridade (n= 1.338)					<0,001
Ensino Fundamental	319	52,3	291	47,7	
Ensino Médio	317	69,8	137	30,2	
Ensino Superior ou mais	189	69,0	85	31,0	
Renda <i>per capita</i> (n=1.349)					0,127
> 1 SM	222	57,1	167	42,9	
≤ 1 SM	591	61,6	369	38,4	
Estado nutricional (n= 1.264)					<0,001
Baixo peso	35	70,0	15	30,0	
Eutrofia	286	72,2	110	27,8	
Sobrepeso	284	55,3	230	44,7	
Obesidade	171	56,2	133	43,8	
Diabetes Mellitus (n= 1.443)					<0,001
Não	801	68,6	366	31,4	
Sim	72	26,1	204	73,9	
Hipercolesterolemia (n= 1.443)					<0,001
Não	762	70,6	318	29,4	
Sim	111	30,6	252	69,4	
Hipertrigliceridemia (n= 1.443)					<0,001
Não	787	67,4	381	32,6	
Sim	86	31,3	189	68,7	
Tabagismo (n= 1.441)					0,117
Não/ex-fumante	701	59,6	476	40,4	
Sim	171	64,8	93	35,2	
Consumo de bebida alcoólica (n= 1.442)					0,040
Não	602	58,8	421	41,2	
Sim	271	64,7	148	35,3	
Prática de atividade física (n= 1.442)					0,018
Não	523	63,1	306	36,9	
Sim	349	56,9	264	43,1	

Fonte: própria

SM: salário mínimo (à época R\$ 998,00)

*Teste do qui-quadrado

A prevalência de doença cardíaca, considerada como segundo desfecho, foi verificada em 14,5% da amostra (IC95 13-16%), e sua prevalência em relação às variáveis independentes está descrita na Tabela 3. Verificou-se nas variáveis sociodemográficas uma maior prevalência da doença cardíaca entre os indivíduos idosos (33,3%, $p < 0,001$), do sexo masculino (17,5%, $p = 0,041$) e com escolaridade até o ensino fundamental (17,9%, $p < 0,001$). No aspecto das variáveis de saúde, observou-se que houve relação da maior prevalência do desfecho do estado nutricional com sobrepeso (18,7%, $p < 0,001$), com diabetes (26,8%, $p < 0,001$), com HAS (28,4%, $p < 0,001$), com hipercolesterolemia (27,5%, $p < 0,001$) e com hipertrigliceridemia (28,4%, $p < 0,001$). Ainda, a prevalência de doença cardíaca não teve relação com as variáveis comportamentais da amostra.

Tabela 3. Prevalência de Doença Cardíaca em usuários da Atenção Primária à Saúde em relação às variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Passo Fundo, RS, 2021 (n= 1.443)

Variáveis	Doença Cardíaca				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Idade (n= 1.437)					<0,001
Adulto	959	92,7	75	7,3	
Idoso	269	66,7	134	33,3	
Sexo (n= 1.442)					0,041
Masculino	345	82,5	73	17,5	
Feminino	888	86,7	136	13,3	
Cor da pele (n= 1.436)					0,341
Branca	802	86,2	128	13,8	
Outra	427	84,4	79	15,6	
Situação conjugal (n= 1.435)					0,080
Com companheiro	897	86,6	139	13,4	
Sem companheiro	331	83	68	17	
Escolaridade (n= 1.337)					<0,001
Ensino Fundamental	500	82,1	109	17,9	
Ensino Médio	406	89,4	48	10,6	
Ensino Superior ou mais	250	91,2	24	8,8	
Renda <i>per capita</i> (n= 1.348)					0,229
> 1 SM	340	87,6	48	12,4	
≤ 1 SM	817	85,1	143	14,9	
Estado nutricional (n= 1.263)					<0,001
Baixo peso	41	82,0	9	18,0	
Eutrofia	346	87,6	49	12,4	
Sobrepeso	418	81,3	96	18,7	
Obesidade	277	91,1	27	8,9	
Diabetes Mellitus (n= 1.442)					<0,001
Não	1.031	88,4	135	11,6	
Sim	202	73,2	74	26,8	
Hipertensão Arterial Sistêmica (n= 1.442)					<0,001
Não	825	94,6	47	5,4	

Sim	408	71,6	162	28,4	
Hipercolesterolemia (n= 1.442)					<0,001
Não	970	89,9	109	10,1	
Sim	263	72,5	100	27,5	
Hipertrigliceridemia (n= 1.442)					<0,001
Não	1.036	88,8	131	11,2	
Sim	197	71,6	78	28,4	
Tabagismo (n= 1.440)					0,222
Não/ex-fumante	999	84,9	177	15,1	
Sim	232	87,9	32	12,1	
Consumo de bebida alcoólica (n= 1.441)					0,052
Não	862	84,3	160	15,7	
Sim	370	88,3	49	11,7	
Prática de atividade física (n= 1.441)					0,283
Não	715	86,4	113	13,6	
Sim	517	84,3	96	15,7	

Fonte: própria

SM: salário mínimo (à época R\$ 998,00)

*Teste do qui-quadrado

Discussão

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil epidemiológico da população adulta e idosa atendida na rede urbana da APS do município de Passo Fundo, RS, e determinou a prevalência de HAS e doença cardíaca e as características associadas.

O estudo da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, que entrevistou 60.202 brasileiros adultos por inquérito telefônico, aponta que 4,2% destes possuíam diagnóstico médico autorreferido de doença cardíaca, sendo ainda a maior prevalência presente na região Sul com 5,4% ⁽¹⁰⁾, prevalência menor do que a encontrada no presente estudo, no qual 14,5% dos usuários da APS possuem diagnóstico de doença cardíaca. A mesma pesquisa revelou que a prevalência de hipertensão na população brasileira varia de 21,4% a 32,3%, dependendo do método utilizado para diagnóstico e uso de terapia medicamentosa, sendo mais elevada com o aumento da idade e nas regiões sudeste e sul ⁽¹¹⁾, embora tenha sido menor do que a prevalência de 39,5% de HAS encontrada no presente estudo. Esse resultado da maior prevalência da HAS e doença cardíaca no presente estudo possivelmente está relacionado ao viés de seleção dos entrevistados, no qual a população abordada encontrava-se em atendimentos de serviços de saúde, apresentando uma probabilidade maior de possuir alguma comorbidade do desfecho e contribuir para o aumento da prevalência.

Verificou-se que a prevalência, tanto da HAS como da doença cardíaca, varia em função da idade, sendo mais prevalente em idosos, o que está em concordância com outros estudos ^(12,13,14,15,16,17,18). Esses achados estão diretamente relacionados ao próprio envelhecimento arterial, no qual ocorrem alterações das propriedades vasculares da aorta,

impactando na gênese e progressão da HAS e de outras DCVs, visto que o aparelho circulatório do organismo está sujeito às alterações advindas do envelhecimento ^(19,20).

Corroborando a literatura ^(13,14,15,21,22,23), observou-se que a prevalência de HAS e doença cardíaca esteve relacionada com a escolaridade, com maior diagnóstico das doenças em indivíduos com menor nível de escolaridade. Aparentemente, o maior nível de instrução obtido com o aumento da escolaridade, resulta em maior conscientização sobre cuidados com a saúde e comportamentos relacionados à prevenção de doenças ⁽²⁴⁾.

A prevalência de HAS também variou em função da situação conjugal, sendo o diagnóstico mais frequente em indivíduos sem cônjuge, repetindo achados prévios ^(14,15). Além de favorecer os cuidados com prevenção de doenças e busca por melhor qualidade de vida, a presença de um parceiro contribui estimulando o autocuidado do paciente com a doença e motivação para o tratamento, reforçando as atitudes positivas frente ao cuidado com a própria saúde ⁽²⁵⁾. Outros estudos apontam que esse impacto aparentemente positivo da situação conjugal é variável, pois depende de como é constituída a relação, na qual a qualidade desta modera o efeito do estresse ⁽²⁶⁾, visto que parcerias com tensões e níveis de estresse maiores, passíveis de danos ao sistema vascular, são mais prejudiciais do que benéficas no controle da doença ⁽²⁷⁾.

No presente estudo, a prevalência de HAS não teve relação com o sexo, apesar da literatura apontar para a maior prevalência em mulheres ^(15,18,28). No entanto, observou-se que a maior prevalência de doença cardíaca foi no sexo masculino, o que segue de acordo com várias literaturas que apresentam os maiores desfechos de eventos cardíacos em homens ^(16,17,20,29), embora Gonçalves *et al* ⁽¹⁰⁾ tenham apontado maior relação da doença cardíaca com o sexo feminino. Possivelmente isso pode estar relacionado a maior exposição dos homens a comportamentos de risco e menor procura por atendimento médico em comparação as mulheres, refletindo no cuidado da saúde dessa população ⁽¹⁷⁾.

Assim como em outros estudos ^(10,14,15,21,28), verificou-se a maior prevalência de HAS nos indivíduos obesos e em sobrepeso, sendo que o último teve maior relação com o diagnóstico de doença cardíaca. Segundo o Ministério da Saúde, em 10 anos o brasileiro ficou mais obeso, cuja prevalência da obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, e também aumentou o número de pessoas com o excesso de peso, passando de 42,6% para 53,8% no mesmo período. Existe uma relação direta, contínua e quase linear entre o excesso de peso e os níveis de pressão arterial. Além disso, a obesidade é um fator de risco para doenças cardiovasculares e resistência à insulina, pois o acúmulo de adipócitos pode

desencadear processos inflamatórios e complicações metabólicas, levando até um quadro de síndrome metabólica que compromete o sistema cardiovascular ⁽³⁰⁾.

Em paralelo ao aumento da obesidade na população brasileira, têm-se o aumento de comorbidades associadas, em especial a resistência à insulina, que aumentou a prevalência de diabetes mellitus na população. Sabe-se que a HAS em indivíduos diabéticos é duas vezes maior que numa população de não diabéticos ⁽³¹⁾, podendo alcançar até 40% dos pacientes recém-diagnosticados ⁽²¹⁾. Assim, muitos estudos apontam a relação presente entre a diabetes mellitus com HAS e doença cardíaca ^(14,31,32), o que também foi observado no atual estudo.

Verificou-se que a dislipidemia, apontada por hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia no presente estudo, esteve relacionada com a prevalência de HAS e doença cardíaca, seguindo em concordância com outros estudos ^(10,14). A dislipidemia causa o aumento de espécies reativas de oxigênio, gerando estresse oxidativo, diminuição da biodisponibilidade de óxido nítrico, promovendo disfunção endotelial, e maior concentração de moléculas de LDL oxidadas, o que resulta na progressão de eventos ateroscleróticos ⁽³³⁾.

Além disso, pode-se constatar no presente estudo que o diagnóstico de doença cardíaca foi mais frequente em pacientes que também apresentam HAS. De acordo com a literatura, a presença de HAS contribui para eventos cardíacos futuros ⁽¹⁰⁾, pois a hipertensão promove uma carga aumentada e persistente ao miocárdio, resultando em sua hipertrofia, aceleração da aterogênese e provocando alterações degenerativas nas paredes das artérias, o que pode ocasionar aumento do risco de AVC, doença coronariana aterosclerótica, insuficiência cardíaca, dissecação aórtica, demência por multi-infarto e insuficiência renal ⁽³⁴⁾.

No que concerne aos hábitos comportamentais, observou-se a maior prevalência de HAS nos indivíduos que praticam atividade física, o que difere da literatura que apresenta maior relação da prevalência de HAS com a inatividade física ou sedentarismo ^(15,21). Sabe-se que o sedentarismo e a HAS estão associados, visto que a inatividade física contribui com o aumento de peso, eleva os triglicédeos, reduz o HDL-colesterol e converge para o aumento da cintura abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, culminando na elevação da pressão arterial ⁽³⁵⁾. Desse modo, o que se observa do resultado da pesquisa é que a relação entre o desfecho e a prática de atividade física pode ser devido as medidas do tratamento não farmacológico da hipertensão, sobretudo a atividade física aeróbica regular, benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento ⁽³⁾. No entanto, os resultados encontrados na pesquisa sofrem limitações quanto a análise desse aspecto por não ser possível concluir a avaliação temporal do início da prática física, se anterior ou posterior ao diagnóstico, bem como sua motivação.

A prevalência de HAS esteve relacionada ao consumo de bebida alcóolica, com diagnóstico mais frequente em indivíduos que não a ingerem, embora seja relatada a associação entre o consumo de bebida alcóolica e a elevação dos níveis pressóricos ⁽²¹⁾. Possivelmente esse achado do estudo sofre limitação por não ser possível concluir a avaliação da presença ou não da ingesta de bebida alcóolica e a influência do viés de informação.

Por fim, verificou-se que a prevalência de HAS e doença cardíaca não variou em função do tabagismo. Apesar disso, a associação entre o hábito de fumar e as DCVs são sabidamente conhecidas, já que o cigarro interage com fatores hemodinâmicos, sistema nervoso autônomo e múltiplos mediadores vasoativos, causando disfunção endotelial. A exposição a nicotina gera ativação do sistema nervoso simpático e causa aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica, culminando com redução do suprimento de oxigênio para os vasos e miocárdio, sobretudo em fumantes hipertensos que possuem pior prognóstico cardiovascular, mesmo quando submetidos à tratamentos otimizados ⁽³⁶⁾.

Quanto as limitações presentes no estudo, observa-se o viés de informação presente na relação entrevistador e entrevistado com a exposição de autorrelatos sem a confirmação posterior, sobretudo ao abordar perguntas referentes a aspectos pessoais e comportamentais do indivíduo. Ainda, o local de aplicação dos questionários pode ter contribuído para o viés de seleção, por abordar uma população com maior probabilidade de apresentar comorbidades e, assim, influenciar nos resultados de prevalência das doenças. Além disso, certas variáveis comportamentais relacionadas aos desfechos, mostram correlações divergentes a literatura, como a prática de atividade física e o não consumo de bebida alcóolica com HAS, o que impossibilita mais conclusões pelo estudo abordar um recorte transversal do momento da entrevista e não avaliar a retrospectiva para delineamento da confirmação do diagnóstico da HAS e as variáveis de comportamento.

Os resultados do presente estudo contribuem para a elucidação do cenário epidemiológico da HAS e doença cardíaca na população usuária da APS de Passo Fundo, RS, que carece de estudos semelhantes, o que, dada a elevada multimorbidade dessas doenças, fornece subsídios para a elaboração de ações de prevenção e controle.

Conclusão

Observou-se que a população adulta e idosa usuária da APS no município de Passo Fundo-RS apresenta prevalências de HAS e doença cardíaca maiores em comparação a outras regiões do país, as quais estiveram associadas com diversas condições sociodemográficas, de

saúde e comportamentais. Ressalta-se a necessidade de estudos semelhantes para o fornecimento de mais informações epidemiológicas da população contribuindo para a divulgação de dados que podem promover ações por parte do poder público no sentido de implementar programas de prevenção e adoção de estratégias eficazes para diminuição destas doenças e suas consequências devido ao seu elevado impacto na morbimortalidade.

Referências

1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCVS). **World Health Organization**, 17 de maio de 2017. Disponível em: [https://www.who.int/mews-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/mews-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 11 dez. 2020.
2. BRANT, L. C. C. *et al.* Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, suppl. 1, p. 116-128, maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050010>.
3. PRÉCOMA, D. B. *et al.* Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.
4. MACKAY, J.; MENSAH, G. A. **The atlas of heart disease and stroke**. World Health Organization, Geneva, Switzerland: [s. n.], 2004. *E-book*.
5. RIGOTTI, J. I. R. Transição demográfica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, ago. 2012. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade.
6. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. **IBGE**, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 23 out 2021.
7. SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, [S. l.], v. 13, n. 13, p. 49-53, 2010. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/13/49.pdf>.
8. MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000 – 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 105-114, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.
9. OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 31, p. 69-79, jun. 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

10. GOLÇALVES, R.P.F. *et al.* Diagnóstico médico autorreferido de doença cardíaca e fatores de risco associados: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22 (suppl 2), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190016.supl.2>.
11. MALTA, D. C. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, suppl 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>.
12. VIGITEL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**, 26 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/um-em-cada-quatro-brasileiros-adultos-dizem-ter-diagnostico-medico-de-hipertensao>. Acesso em: 14 out 2021.
13. ANDRADE, S. S. C. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 17, suppl. 1, p. 215-226, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050017>.
14. FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, suppl 2, p. 98-106, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900013>.
15. FIÓRIO, C. E. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200052>.
16. MOREIRA, M. A. D. M. *et al.* Perfil dos pacientes atendidos por infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 4, p. 212-214, out-dez, 2018.
17. FALCÃO, S. M. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 30, p. 87-91, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/2020300187-91>.
18. BRASIL. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doença crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_vigilancia_fatores_risco.pdf.
19. MIRANDA, R. D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.
20. NASCIMENTO, J. F. C. G. *et al.* Aspectos necrológicos do envelhecimento. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 17, n. 1, p. 5-8, 2012.

21. BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
22. LOBO, L. A. C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00035316>.
23. SILVA, A. S. *et al.* Características sociodemográficas das vítimas de infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 568-575, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.33233/eb.v17i6.776>.
24. HAYES, D. K. *et al.* Racial/ethnic and socioeconomic disparities in health-related quality of life among people with coronary heart disease, 2007. **Preventing Chronic Disease**, v. 8, n. 4, jul 2011. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/jul/10_0124.htm.
25. EID, L. P. *et al.* Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0046.
26. LIU, H.; WAITE, L. Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 55, n. 4, p. 403-423, 2014. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0022146514556893>.
27. BIRDITT, K. S. *et al.* Stress and negative relationship quality among older couples: implications for blood pressure. **The Journals of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 71, n. 5, p. 775-785, set 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv023>.
28. BRASIL. (2017). Em dez anos, a obesidade cresce 60% no Brasil e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes. **Ministério da Saúde**, 60-62. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28108-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>. Acesso em: 17 out 2021.
29. JÚNIOR, E. V. S. *et al.* Perfil epidemiológico da morbimortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2013 a 2017. **Revista eletrônica enfermagem actual em Costa Rica**, n. 39, jul-dez, 2020. Disponível em: DOI 10.15517/revenf.v0i39.41155.
30. FRANCISQUETI, F. V.; NASCIMENTO, A. F.; CORRÊA, C. R. Obesidade, inflamação e complicações metabólicas. **Nutrire**, v. 40, n. 1, p. 81-89, apr 2015.
31. VALENÇA, T. V. R. *et al.* Obesidade, diabetes e hipertensão associados a dislipidemia e dano hepático. **Revista Saúde Integrada**, v. 11, n. 22, 2018. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/index>.
32. RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K. T.; JUNIOR, L. C. avaliação d acobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 423-431, abr-jun, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002010>.

33. FEIO, C. M. A. *et al.* Dislipidemia e hipertensão arterial. Uma relação nefasta. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 27, n. 2, p. 64-67. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/2020270264-7>
34. KUMAR, V.; ABBAS, A, K.; ASTER, J. C. **Robbins Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Disponível em: ISBN 978-85-352-6294-0.
35. AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 21, n. 2, p. 75-82, 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881411/rbh-v21n2_75-82.pdf.
36. SOUSA, M. G. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 22, n. 3, p. 78-83, 2015.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do eixo temático prevalência de doenças cardiovasculares e os seus fatores de risco na população adulta e idosa atendida na Atenção Primária à Saúde consiste no alto impacto na morbimortalidade, sendo as principais causas de morte no Brasil e no mundo, e responsáveis por elevados custos ao sistema de saúde do país e perda laboral. Além disso, ressalta-se que o perfil epidemiológico do país sofre transições, atualmente com predomínio de DCNTs no qual as DCVs fazem parte, sendo necessário estudos constantes para adequação das carências da saúde da população frente a prevalência dessas doenças, principalmente por ser possível a intervenção ao identificar fatores de risco que contribuem para esse cenário, principalmente os modificáveis. Desse modo, estudos, como este, são fundamentais no subsídio de informações epidemiológicas que permitem avaliar as principais características da população e possibilitar estratégias de ações na saúde da população.

O estudo foi importante, pois através dele caracterizou o perfil epidemiológico da população usuária da APS, observando que a prevalência de HAS e doença cardíaca na amostra é elevada em comparação a outros cenários do país, e verificou quais fatores comportamentais, de saúde e sociodemográficos que variaram com as doenças. Dessa forma, foi possível por meio da análise do estudo investigar os problemas propostos no projeto e avaliar os achados que atenderam as hipóteses criadas.

Assim, o estudo confirmou que a prevalência das HAS e doença cardíaca é maior na população idosa, no entanto não foi encontrado a maior associação de HAS a um determinado sexo, apenas com doença cardíaca. Ainda, verificou que a prevalência de HAS e doença cardíaca é próxima de 40% na população estudada, como também que a obesidade, dislipidemia, diabetes e características comportamentais corroboraram para maiores desfechos das DCVs. Dessa forma, o estudo conseguiu atender aos objetivos propostos e caracterizou o perfil epidemiológica da população e os fatores relacionados, apesar das limitações encontradas durante o desenvolvimento do estudo.

Com a finalização do trabalho é importante destacar que apesar de fornecer novos dados epidemiológicos essa população ainda carece de mais estudos, sendo necessário mais pesquisas que atuem nessa linha temática para possibilitar sempre mais informações e atualizações das características da saúde desse público.

5. ANEXOS

Sobre a Revista

Foco e Escopo

ESCOPO E POLÍTICA

A **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, publicação trimestral oficial da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, tem como objetivo divulgar artigos científicos que contribuam para o conhecimento médico e atualização dos profissionais relacionados à saúde.

TIPOS DE MANUSCRITOS

São aceitos manuscritos originais, em português, inglês ou espanhol, podendo ser aceitos manuscritos de autores nacionais publicados no exterior na forma em que ele se encontra, com autorização explícita do periódico onde o artigo foi publicado originalmente. Trabalhos de outra natureza poderão ser aceitos para publicação dependendo da avaliação do Conselho Editorial. Não serão aceitos manuscritos já publicados em outros periódicos.

Editoriais

Os editoriais são elaborados pelo editor ou a seu convite e serão publicados na revista da edição atual (limites máximos: 1.000 palavras, título, 2 figuras ou tabelas e até 10 referências).

Artigos Originais

Artigos originais apresentam experimentos completos com resultados nunca publicados (limites máximos: 3.000 palavras, título, resumo estruturado, 7 figuras ou tabelas e até 30 referências). A avaliação dos manuscritos enviados seguirá as prioridades de informação nova e relevante comprovada em estudo com metodologia adequada.

Não serão aceitos manuscritos com conclusões especulativas, não comprovadas pelos resultados ou baseadas em estudo com metodologia inadequada.

Relatos de Casos

Relatos de casos ou séries de casos serão considerados para publicação se descreverem achados com raridade e originalidade, ou quando o relato apresentar respostas clínicas ou cirúrgicas que auxiliem na elucidação fisiopatológica de alguma doença (limites máximos: 3.000 palavras, título, resumo não estruturado, 4 figuras ou tabelas e até 10 referências).

Manuscritos de revisão

Manuscritos de revisão são aceitos apenas por convite do editor ou de demanda espontânea (limites máximos: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, 8 kguras ou tabelas até 40 referências).

Correlação Anatomoclínica

É a apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anatomopatológico. Limite: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, 4 kguras ou tabelas até 10 referências.

Cartas ao Editor

As cartas ao editor serão consideradas para publicação se incluírem comentários pertinentes a manuscritos publicados anteriormente na Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica ou, excepcionalmente, resultados de estudos originais com conteúdo insukciente para serem enviados como Artigo Original. Elas devem introduzir nova informação ou nova interpretação de informação já existente (limites máximos: 700 palavras, título, 2 kguras ou tabelas no total e 5 referências). Não serão publicadas cartas de congratulações

Resenhas de livros e Notícias

Corresponde a crítica de livro ou notícia publicada e impressa nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *online* (máximo 1.500 palavras).

Pontos de vista

É a opinião qualikcada sobre clínica médica, que contem opiniões de autores a respeito de assuntos polêmicos e de interesse ou novas idéias para a área da saúde. (limites máximos: 200 palavras, titulo e não tem obrigatoriedade de conter resumo e descritores)

Informes Técnicos

Deverão ser estruturados de acordo com a natureza técnica da informação, devendo conter citações no texto e suas respectivas referências ao knal. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Políticas de Seção

Editorial

Os editoriais são elaborados pelo editor ou a seu convite e serão publicados na revista da edição atual (limites máximos: 1.000 palavras, título, 2 kguras ou tabelas e até 10 referências).

Submissões abertas

Indexado

Avaliado pelos pares

Artigos Originais

Artigos originais apresentam experimentos completos com resultados nunca publicados (limites máximos: 3.000 palavras, título, resumo estruturado, 7 kguras ou tabelas e até 30 referências). A avaliação dos manuscritos enviados seguirá as prioridades de informação nova e relevante comprovada em estudo com metodologia adequada.

Não serão aceitos manuscritos com conclusões especulativas, não comprovadas pelos resultados ou baseadas em estudo com metodologia inadequada.

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Relatos de Casos

Relatos de casos ou séries de casos serão considerados para publicação se descreverem achados com raridade e originalidade, ou quando o relato apresentar respostas clínicas ou cirúrgicas que auxiliem na elucidação ksiopatológica de alguma doença (limites máximos: 3.000 palavras, título, resumo não estruturado, 4 kguras ou tabelas e até 10 referências).

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Artigos de Revisão

Manuscritos de revisão são aceitos apenas por convite do editor ou de demanda espontânea (limites máximos: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, 8 kguras ou tabelas até 40 referências).

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Homenagem

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Errata

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Ponto de Vista

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Processo de Avaliação pelos Pares

PROCESSO EDITORIAL

Todos os manuscritos serão inicialmente analisados pelo editor chefe que pode aceitar ou rejeitar a submissão do manuscrito. Os manuscritos aceitos, serão encaminhados para análise e avaliação de dois a quatro revisores. O editor chefe receberá a análise dos revisores, fará apreciação crítica com base nos pareceres e emitirá o aceite knal ou solicitação de correções menores ou ainda poderá fazer a rejeição do manuscrito. Os comentários serão devolvidos aos autores para modikções no texto ou justikcativas de sua conservação. Somente após aprovações knais dos revisores e editores os trabalhos serão encaminhados para publicação.

A secretaria editorial comunicará inadequações no envio do manuscrito. Após a notikção, o autor correspondente terá o prazo de 30 dias para adequação do seu manuscrito.

Os manuscritos ao serem recebidos estarão sujeitos a correções ou modikções de padronização editorial, sem alteração do conteúdo do estudo. Quando não aceitos, os manuscritos serão devolvidos no formato original, com a justikcativa do editor.

O manuscrito final será encaminhado ao autor em PDF para correções tipográficas e devolução no prazo de cinco (5) dias. Se acarretar atraso na devolução da prova gráfica, ao Editor reserva-se o direito de publicar, independente da correção final.

Os manuscritos aceitos para publicação passam a ser chamados de artigos e entram em produção editorial.

Autoria

O crédito de autoria deve ser baseado em indivíduos que tenham contribuído de maneira concreta nas seguintes três fases do manuscrito:

- I. Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise ou interpretação dos dados.
- II. Redação ou revisão crítica do manuscrito com relação ao seu conteúdo intelectual.
- III. Aprovação final da versão do manuscrito a ser publicada.

Demais pessoas que não preenchem os requisitos acima devem constar nos agradecimentos que deverá vir no final, antes da lista de referências.

A revista adota os Princípios de Autoria do ICMJE, disponível em:

http://www.icmje.org/ethical_1author.html (http://www.icmje.org/ethical_1author.html)

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica requer que os autores garantam que todos os autores preencham os critérios acima e que nenhuma pessoa que preencha esses critérios seja preterida da autoria. É necessário que o autor correspondente preencha e envie o formulário de Cessão de Direitos Autorais disponível no portal de submissão OJS: <http://www.sbcm.or.br/ojs3> (<http://www.sbcm.or.br/ojs3>). Este formulário deve ser assinado pelo(s) autor(es) e submetida junto com o artigo no site de submissão da revista (<http://www.sbcm.or.br/ojs3>) (<http://www.sbcm.or.br/ojs3>). Toda correspondência será enviada ao autor responsável, cujo endereço eletrônico deve ser indicado no manuscrito, quando o mesmo responsável pela apreciação final do material, estando os demais autores de acordo com sua publicação.

A cessão de direitos autorais vigorará até que o artigo seja aceito para publicação ou rejeitado. Não é permitido envio simultâneo a outro periódico, nem sua reprodução total ou parcial, ou tradução para publicação em outro idioma, sem autorização dos editores.

Periodicidade

A publicação da revista é trimestral.

Política de Acesso Livre

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

O corpo do texto deve ser digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página. As seções devem se apresentar na sequência: Página de Rosto, Abstract e Keywords, Resumo e Descritores, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos (eventuais), Referências, Tabelas (opcionais) e Figuras (opcionais) com legenda.

1. Página de Rosto

Deve conter:

Título: deve ser curto, claro e conciso, quando necessário usar subtítulo.

Título em português, inglês ou espanhol (máximo de 135 caracteres, incluindo espaços)

2. Resumo

Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Justificativa e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Para os relatos de casos: resumo não estruturado ou livre. Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusões. Para todos os manuscritos indicar cinco (5) descritores. Recomenda-se a utilização dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS disponível em: <http://decs.bvs.br>

3. Abstract

Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Background and Objectives, Methods, Results and Conclusions. Para os relatos de casos: resumo não estruturado ou livre. Para artigos de revisão destacar: Background and Objectives, Contents e Conclusions. Para todos os manuscritos indicar cinco (5) descritores em inglês, listados pela National Library of Medicine (MeSH - Medical SubjectHeadings). Consultar no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

4. Autores

- I. Nome completo de cada autor;
- II. Afiliação institucional a qual deve ser creditado o trabalho (quando houver, indicar departamento, escola, Universidade);
- III. Cidade, estado, país
- IV. Nome, endereço, telefone e e-mail do autor correspondente;

5. Fontes de auxílio à pesquisa

6. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Todos os estudos que envolvam coleta de dados primários ou relatos clínico-cirúrgicos sejam retrospectivos, transversais ou prospectivos, devem indicar, na página de rosto, o número do projeto e nome da Instituição que forneceu o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. As pesquisas em seres

humanos devem seguir a Declaração de Helsinque, consulta no site:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

1. Declaração dos conflitos de interesses de todos os autores

A página de rosto deve conter a declaração de conflitos de interesse de todos os autores (mesmo que esta seja inexistente). Para maiores informações consulte o site: <http://www.wame.org/conflict-of-interest-in-peer-reviewed-medical-journals>

Os Formulários para Declaração de Conflitos de Interesse estão disponíveis em:
http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf

2. Número do registro dos Ensaaios Clínicos em uma base de acesso público

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica respeita as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE- International Committee of Medical Journal Editors) para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para a divulgação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso aberto. A partir de 2012 terão preferência para publicação manuscritos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que atenda aos requisitos propostos pela OMS e ICMJE. A lista de Plataforma de Registros de Estudos Clínicos se encontra no site: <http://www.who.int/ictcp/en> da International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

No Brasil temos o Registro Brasileiro de Ensaaios Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou concluídos, por pesquisadores e pode ser acessada no site:
<http://ensaiosdnicos.gov.br>.

O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo.

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser infringida sem o consentimento livre e esclarecido. Identificação de informação, incluindo iniciais do nome do paciente, número de registro no hospital, não deve ser publicada através de descrições no texto, fotos ou qualquer outra modalidade, a menos que seja essencial esta informação para propósitos científicos e o paciente ou seu responsável tem que assinar o TCLE por escrito para que o manuscrito seja publicado.

ESTRUTURA DOS ARTIGOS

Artigos originais

Deve conter as seguintes seções:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais.

e) Conclusões: devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, incluir recomendações, quando pertinentes.

Artigos de revisão

Não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática profissional. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Artigos de revisão sistemática

Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ter meta-análise).

Relatos de caso

a) Introdução: apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.

b) Relato(s) do(s) caso(s): o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes.

a) Discussão: apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade, bem como as perspectivas de aplicação prática.

REFERENCIAS

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica adota as normas de Vancouver para referência dos artigos e a apresentação deve estar baseada no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>), conforme os exemplos abaixo.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine. Consulta no site: List of Journal Indexed in Index Medicus

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>

Citar para as referências os primeiros seis (6) autores e a seguir et al.

Exemplos de Referências

Citar para as referências os primeiros seis (6) autores e a seguir et al.

Artigos de Periódicos

Duggirala S, Lee BK. Optimizing cardiac resynchronization therapy for congestive heart failure. *Curr Probl Cardiol.* 2013; 38(6):215-37.

Mais de seis (6) autores

Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, et al. Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012; 157(12):865-77.

Artigo com suplemento

Adedapo KS, Fadiji IO, Orunmuyi AT, Onimode Y, Osifo BO. Radioactive iodine ablation therapy: a viable option in the management of Graves' disease in Nigeria. *Afr J Med Med Sci.* 2012; 41 Suppl:193-6.

Artigo com errata

Gujral H, Tea C, Sheridan M. Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surg Obes Relat Dis.* 2011; 7(4):536-40. Erratum in: *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(1):129-30.

Artigos eletrônicos

Harries LW, McCulloch LJ, Holley JE, Rawling TJ, Welters HJ, Kos K. A role for SPARC in the moderation of human insulin secretion. *PLoS One* [Internet]. 2013 [cited 2012 Jul 21]; 28;8(6):e68253. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0068253>

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: MS; 2012 [citado 2013 Jan 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf

Livros

Knobel E, Assunção MS, Fernandes HS. Monitorização hemodinâmica no paciente grave. São Paulo: Atheneu; 2013. 480p.

Lopes AC, Guimarães HP, Lopes RD. Tratado de Medicina de urgência e emergência Pronto socorro e UTI. São Paulo: Atheneu; 2010. 232p.

Livros Eletrônicos

Ashley EA, Niebauer J. Cardiology explained [Internet]. London: Remedica; 2004 [cited 2012 Nov 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2204/>

Capítulos de livros

Lopes RA, Martins HS. Gastroenterologia. In: Martins HS, Cavalcanti EF, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT, editores. *Atualizações em Clínica Médica*. 2. ed. Barueri: Manole; 2007. p. 232-4.

Capítulos de livros eletrônicos

Laximnarayan R, Chow J, Shahid-Salles AS. Intervention cost-effectives: overview of main messages. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne J, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease control priorities in developing countries* [Internet]. 2nd ed. Washington (DC): World Bank; 2006 [cited 2013 Jun 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11784/>

CITAÇÃO DAS REFERÊNCIAS NO TEXTO

As citações devem ser feitas em números sequenciais, sobrescritos, iniciando-se sempre em um (1).

Exemplos:

Todas estas definições estão de acordo com o fluxograma publicado no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) (1).

A lista de espera para realização de um transplante renal no ano de 2011, no Brasil, foi quase seis vezes maior do que o número de transplantes realizados deste órgão no mesmo ano (2-4).

ABREVIATURAS E SIGLAS

Quando presentes devem ser precedidos do nome correspondente completo ao qual se referem, quando citadas pela primeira vez, e entre parênteses e depois podem ser usadas apenas abreviaturas. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas no título e no resumo.

FIGURAS E TABELAS

É obrigatória a citação no texto. Enumerar figuras e tabelas em algarismos arábicos na ordem em que foram citados no texto. Todas as tabelas e figuras devem conter título e legenda, indicando o local onde a mesma deve constar no texto. Usar fotos coloridas ou em branco e preto pertinentes. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos e siglas utilizadas nas tabelas e gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé mesmo que mencionadas previamente no texto e testes estatísticos utilizados, além da fonte bibliográfica, quando extraída de outro trabalho.

Fotografias e ilustrações devem ter resolução mínima de 300 DPI em formato JPEG para o tamanho final da publicação (cerca de 2.500 x 3.300 pixels, para página inteira). A qualidade das imagens é considerada na avaliação do manuscrito.

Figuras e tabelas quando extraídas de outras publicações devem conter na legenda a fonte original do trabalho de onde foi extraída.

Uso de recursos digitais

Texto deve estar em formato.doc (word); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhadas em Excel (extensão xls.), sendo contendo o nome do arquivo conforme o tipo e a numeração da ilustração (Tabela 1, Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Títulos e legendas das ilustrações devidamente numeradas devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante o envio de autorização expressa da Editora ou do autor do artigo de origem.

A qualidade das figuras, tabelas é de responsabilidade dos autores.

ENVIO DE MANUSCRITOS

Baixe a [Declaração de Direito Autoral \(/revista/docs/direitos_autorais.docx\)](#), preencha, imprima, escaneie e envie anexo junto com o manuscrito.

Submeta seu artigo!

Saiba como submeter AQUI.

(<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/about/submissions>)

Envie:**1- Manuscrito** e demais documentos;**2- Declaração de Direito Autoral**http://www.sbcm.org.br/revista/docs/direitos_autorais.docx).Para: revistasbcm@sbcm.org.br (<mailto:revistasbcm@sbcm.org.br>)**ISSN: 2525-2933**

Rua Botucatu, 572 - cj. 112 - São Paulo - SP – CEP: 04023-061

tel (11) 5908-8385 / e-mail: revistasbcm@sbcm.org.br (<mailto:revistasbcm@sbcm.org.br>)[sbcm.org.br](http://www.sbcm.org.br) (<http://www.sbcm.org.br>)

Platform &
workflow by
OJS / PKP

<http://pkp.sfu.ca/ojs>)<http://pkp.sfu.ca/ojs>)