

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

TAUANA VARIZA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DE OUTROS
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PASSO FUNDO - RS

2023

TAUANA VARIZA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DE OUTROS
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Coorientadora: Prof^a Dr^a Renata dos Santos Rabello

**PASSO FUNDO - RS
2023**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Variza, Tauana

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos atendidos na atenção primária à saúde. / Tauana Variza. -- 2023.

76 f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Co-orientadora: Profa Dra Renata dos Santos Rabello

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo,RS, 2023.

1. Doenças Cardiovasculares. 2. Hipertensão. 3.
Fatores de Risco. I. Acrani, Gustavo Olszanski, orient.
II. Rabello, Renata dos Santos, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

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

TAUANA VARIZA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DE OUTROS
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em 27/06/2023:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani
Orientador

Prof^a. Dr^a. Alessandra Regina Muller Germani

Prof. Dr. Natanael de Miranda dos Santos

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais *Solange Variza e Aguiel Variza* pelas oportunidades e pelo apoio proporcionado durante a minha jornada acadêmica. Assim como, à minha irmã *Raiane Variza* e aos meus padrinhos *Sinara Feron Risson* e *Alessandro Risson* por, inúmeras vezes, acreditarem em meu potencial e incentivarem-me a alcançar objetivos maiores dos que julguei ser capaz de realizar.

Ao meu orientador, *Gustavo Olszanski Acrani*, minha admiração e agradecimento por sempre, com entusiasmo e dedicação em auxiliar, fazer-se presente. Por, com sua colaboração imprescindível, tornar a realização deste Trabalho de Curso possível.

À minha coorientadora, *Renata dos Santos Rabello*, por se fazer presente e estar disponível para sanar dúvidas principalmente no que tange a estruturação da metodologia e da análise epidemiológica do estudo. Sem sua colaboração, a elaboração desse Trabalho de Curso não seria possível.

Aos *colegas* e *amigos*, pelo apoio e superação construída de forma conjunta durante a elaboração do presente Trabalho.

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Curso foi desenvolvido pela acadêmica Tauana Variza, e configurou-se como requisito para a aprovação nos componentes curriculares “Trabalho de Curso I, II e III”, bem como condição parcial para a obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul (RS). Sob orientação do Professor Doutor Gustavo Olszanski Acrani e com coorientação da Professora Doutora Renata dos Santos Rabello, foi elaborado em consonância com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento do Trabalho de Curso. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população adulta, que frequentou as Unidades Básicas de Saúde, do município de Marau – RS, no ano de 2019. Assim como, analisar outros fatores de risco, modificáveis ou não, às doenças cardiovasculares concomitantes à HAS. O trabalho foi desenvolvido no decorrer de três semestres acadêmicos. Durante o quinto semestre, no primeiro semestre letivo de 2022, desenvolveu-se a escolha do tema, a estruturação inicial, a escrita, assim como a análise do referencial teórico utilizado para embasamento do projeto. No decorrer da sexta fase, no segundo semestre letivo de 2022, elaborou-se a segunda etapa do trabalho com a coleta de dados e a redação do relatório. Por fim, durante a sétima fase, no primeiro semestre letivo de 2023, foi executada a escrita do artigo científico e a apresentação para a banca avaliadora.

RESUMO

As doenças cardiovasculares configuram-se como a principal causa de morte e morbidade tanto em países desenvolvidos quanto em emergentes. Assim como, entende-se que tanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quanto os fatores de risco relacionados a ela, se perpetuados, podem resultar no surgimento de outros problemas cardiovasculares agudos ou crônicos. Nesse sentido, o presente Trabalho de Curso tratou-se de um estudo quantitativo, observacional transversal de caráter descritivo. Teve por finalidade quantificar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e de outros fatores de risco às doenças cardiovasculares em pacientes adultos atendidos em unidades de saúde de Marau – município do norte gaúcho- no transcorrer do ano de 2019. Diante da amostra de pessoas atendidas no local, 1581 números de prontuários foram selecionados, por meio de amostragem sistemática. A coleta de dados deu-se por meio de prontuário eletrônico. A parcela da população que possui HAS foi utilizada a fim de caracterizá-la e calcular sua prevalência. Subsequentemente, na amostra das pessoas que possuíam HAS, foi analisada a prevalência de outros fatores de risco às doenças cardiovasculares, sendo esses modificáveis (tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo, obesidade - através do IMC -, diabetes mellitus, dislipidemias) ou não modificáveis (escolaridade, etnia, idade, sexo). Quanto aos resultados, no que concerne à HAS, encontrou-se uma prevalência de 19,8%. Quanto a análise sociodemográfica, 71,2% eram brancos; 64,5% eram do sexo feminino; 56,9% possuía entre 50-59 anos e 44,4% não haviam concluído o ensino fundamental. Diante dos fatores de risco modificáveis destacaram-se: o sedentarismo (97,1%); a obesidade (58,8%); o sobrepeso (27%); o diabetes mellitus (24%) e a dislipidemia (23%). Os tabagistas representaram 9,9% da amostra com HAS e os etilistas 4,5%. Fatores que, caracteristicamente, são considerados relevantes ao desencadeamento de doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death and morbidity in both developed and emerging countries. It is understood that both Systemic Arterial Hypertension (SAH) and the risk factors related to it, if perpetuated, they can result in the emergence of other acute or chronic cardiovascular problems. In this sense, this Course Work is a quantitative, observational cross-sectional study of a descriptive nature. Its purpose was to quantify the prevalence of Systemic Arterial Hypertension and other risk factors for cardiovascular diseases in adult patients treated at health units in Marau - a municipality in northern Rio Grande do Sul - in the course of 2019. In view of the sample of people assisted at the city, 1581 medical records numbers were selected through systematic sampling. The data collection took place through electronic medical records. The portion of the population that has SAH was used in order to characterize it and calculate its prevalence. Subsequently, in view of the sample of people who had SAH, the prevalence of other risk factors for cardiovascular diseases was analyzed, whether modifiable (alcoholism; diabetes mellitus; dyslipidemias; obesity - through BMI -; sedentary lifestyle; smoking; stress) or not modifiable (age; biological sex; ethnicity; scholarship). As for the results, with regard to SAH, a prevalence of 19.8% was found. As for the sociodemographic analysis, 71.2% were white; 64.5% were female; 56.9% were between 50-59 years old and 44.4% had not completed elementary school. In view of the modifiable risk factors, the following stand out: sedentary lifestyle (97.1%); obesity (58.8%); overweight (27%); diabetes mellitus (24%) and dyslipidemia (23%). The smokers represented 9.9% of the sample with SAH and the alcoholics represented 4.5%. Factors that, characteristically, are considered relevant to the onset of cardiovascular diseases.

Key words: Cardiovascular Diseases; Hypertension; Risk Factors.

LISTA DE SIGLAS:

AVE Acidente Vascular Encefálico

DAC Doença Arterial Coronariana

DCNT Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV Doenças Cardiovasculares

ESF Estratégia Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC Índice de Massa Corporal

MAPA Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial

MRPA Monitorização Residencial de Pressão Arterial

RS Rio Grande do Sul

SUS Sistema Único de Saúde

UFFS Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1. PROJETO DE PESQUISA.....	13
2.1.1. Tema	13
2.1.2. Problemas	13
2.1.3. Hipóteses	14
2.1.4. Objetivos	14
2.1.4.1. Objetivos	14
2.1.4.2. Objetivos específicos	14
2.1.5. Justificativa	14
2.1.6. Referencial teórico	15
2.1.6.1 O Sistema cardiovascular e as doenças cardiovasculares:	17
2.1.6.2 Hipertensão arterial sistêmica:	19
2.1.6.3 Fatores de risco não modificáveis:.....	21
2.1.6.4 Fatores de risco modificáveis:.....	22
2.1.6.5. Importância da APS de acordo com o tema do presente Trabalho de Curso:	25
2.1.7 Metodologia	26
2.1.7.1 Tipo de estudo:	26
2.1.7.2 Local e período de realização:	26
2.1.7.3 População e Amostragem:	26
2.1.7.4 Variáveis e instrumento de coleta de dados:	27
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados:	28
2.1.7.6 Aspectos éticos:	28
2.1.8 Recursos:	29
2.1.9 Cronograma:	29
2.1.10 Referências:	30

2.1.11 Anexos	33
2.1.11.1 Anexo A: Ficha de Coleta de Dados.	33
2.1.11.2 Anexo B: Parecer Consubstanciado do CEP referente ao projeto de pesquisa piloto	40
2.1.11.3 Anexo C: normas da revista Cadernos de Saúde Coletiva.	49
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	54
3 ARTIGO CIENTÍFICO	57
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

1 INTRODUÇÃO

Ao questionar-se sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pensa-se na doença crônica e silenciosa que acomete milhões de pessoas ao redor do mundo. É rotineiro entrar em um consultório, perguntar quais as comorbidades ou fármacos que o paciente ingere e obter como resposta algo relacionado com “tenho pressão alta”. Afinal, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3%, em 2017, no território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em tradução livre, de acordo com Mahmood *et al.* (2014), descobriu-se que a hipertensão precedeu três quartos dos casos de insuficiência cardíaca, em comparação com a doença arterial coronariana, que antecedeu tal comorbidade em menos de 40% dos casos. Atualmente, sabe-se que os mesmos fatores que culminam com o desencadeamento da HAS, com o transcorrer do tempo e com a persistência dos estímulos, corroboram a manifestação de outras doenças cardiovasculares como: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca (IC), entre outras (BARROSO *et al.*, 2020).

Com base no texto de Do Nascimento; Gomes; Sardinha (p. 709, 2011), tais fatores de risco são classificados como: modificáveis - influenciados diretamente pelos hábitos de vida da pessoa - sendo eles etilismo, tabagismo, sedentarismo, estresse, obesidade, diabetes mellitus e dislipidemia- e não modificáveis – sexo, idade e hereditariedade - por exemplo. Nessa perspectiva, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma variável que se associa positivamente com o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (PORTES *et al.*, 2020). E, em uma conjuntura em que as DCV lideram os índices de morte e morbidade no Brasil e no mundo, tal associação dispense atenção.

É notável, a importância dos fatores de risco tradicionais (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, obesidade central, níveis de colesterol e história familiar) como responsáveis pelo maior risco de desenvolvimento de doença arterial coronariana (NASCENTE *et al.*, 2010). Afinal, dos 1168 indivíduos analisados por esse autor, a prevalência de HAS foi de 32,7%, em maior número entre os homens (35,8%) do que entre as mulheres (30,9%). Encontrou-se também correlação positiva da HAS com IMC, circunferência abdominal (CC) e faixa etária. Correlação negativa de HAS e escolaridade, com 18,2% de hipertensos com nove anos ou mais de estudo.

Ainda de acordo com a literatura, há uma prevalência maior de mulheres, em relação aos homens no que tange a adesão a consultas na APS. Afinal, dos 1.168 indivíduos investigados por Nascente *et al.*, (2010), 63,2% eram do sexo feminino. Das 1.739 pessoas analisadas por Jardim *et al.*, (2006), 65,4% eram do sexo feminino. E por fim, dos 1.439 participantes analisados por Lessa *et al.*, (2010), 830 (57,7%) eram mulheres e 609 (42,3%) eram homens.

Em suma, muito se sabe sobre a fisiopatologia da doença e, sobre como os chamados fatores de risco – muito mencionados nesse trabalho – resultam à piora da qualidade de vida e à perda de anos de serviço da população adulta. Nesse cenário, a APS, caracterizando-se por ser a porta de entrada de pacientes ao sistema de saúde, bem como um disseminador de informação, desponta como um importante local para promoção e prevenção de saúde.

Nesse sentido, o presente trabalho emerge como uma forma de intervir, na saúde primária, a fim de retardar e, por vezes, evitar complicações oriundas de tais comorbidades. Ansiando melhorar o “envelhecer” da população, em uma sociedade em que os índices de expectativa de vida são crescentes.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Tema

Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

2.1.2. Problemas

Qual a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na amostra analisada?

Quais os fatores de risco, que podem desencadear doenças cardiovasculares, mais prevalentes entre os indivíduos portadores de HAS?

Quais as características sociodemográficas da amostra de indivíduos que possui HAS?

2.1.3. Hipóteses

Na amostra analisada, espera-se encontrar uma prevalência de HAS de 30 a 40%.

Os fatores de risco mais prevalentes, na parcela com HAS, serão: sobrepeso ou obesidade e diabetes mellitus. Diante dos hábitos de vida, destacar-se-ão o tabagismo e o sedentarismo.

Na amostra que possui HAS, espera-se observar prevalência de homens, autodeclarados brancos com faixa etária entre 50 e 59 anos.

2.1.4. Objetivos

2.1.4.1. Objetivos

Estimar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS e avaliar os demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

2.1.4.2. Objetivos específicos

Estimar a prevalência de sobrepeso/ obesidade, diabetes mellitus e demais fatores de risco modificáveis ou não para doenças cardiovasculares em adultos hipertensos;

Descrever as características sociodemográficas de adultos hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau.

2.1.5. Justificativa

O mundo pós Revolução Industrial, principalmente após o século XX, caracteriza-se pelo imediatismo e pelos inúmeros avanços na área da pesquisa. Em outros termos, pessoas cada vez mais estressadas, com a alimentação baseada em produtos industrializados e vidas resumidas ao sedentarismo, dividem espaço com as constantes inovações tecnológicas e da área da saúde. Tais avanços possibilitaram

que, apesar da alteração nos hábitos e no cotidiano das pessoas, o índice de expectativa de vida aumentasse no Brasil. Afinal, de acordo com dados disponibilizados pelo IBGE, em 2019, a expectativa de vida ao nascer, no território nacional, era de 76,6 anos. Tal dado, significou um aumento de 31,1 anos (30,2 anos para homens e 31,8 anos para as mulheres) quando se analisa os indicadores observados em 1940 (SOCIAIS, 2020). Portanto, em um país em que a população envelhece cada vez mais, torna-se imprescindível a implementação de políticas de saúde eficazes para que as pessoas possam envelhecer com vitalidade.

Nesse prisma, a Atenção Primária em Saúde (APS) desponta como uma forma de rastreio à diversas doenças, principalmente às cardiovasculares, e como um importante meio de disseminação de informação e mudança. Afinal, consoante Brasil (2022), a APS caracteriza-se por ser a porta de entrada do cidadão ao Sistema de Saúde, sendo responsável pela promoção e prevenção em saúde, pela territorialização e pela coordenação do cuidado - ao encaminhar casos mais graves à atenção secundária e à terciária sem perder contato com o paciente -.

Considerando os elevados índices de morbimortalidade associados às doenças cardiovasculares - uma vez que são responsáveis por índices de mortalidade 50% maiores que a mortalidade relativa a todos os tipos de câncer juntos (MITCHELL, 2013) - constitui-se importante estudar a hipertensão arterial sistêmica e sua concomitância com outros problemas crônicos e fatores de risco às doenças cardiovasculares. Afinal, em um país em que a expectativa de vida segue aumentando, o presente trabalho configura-se como uma forma de analisar um meio em que a UFFS está inserida. A fim de planejar e orientar ações futuras, para promoção do envelhecimento de maneira saudável, através de alterações nos hábitos de vida.

2.1.6. Referencial teórico

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por ser o primeiro nível de atenção e, a porta de entrada do indivíduo ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Brasil (2022), ela é responsável pela promoção e pela proteção em saúde, prevenindo agravos por meio do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos.

Historicamente, a instauração da Atenção Primária no Brasil e da Estratégia da Saúde da Família (ESF) despontaram como mecanismos para que o direito à saúde, assegurado por meio do artigo 196, da Constituição promulgada em 1988 (BRASIL, 1988, Art.196), fosse reafirmado através da execução prática das diretrizes do SUS. Afinal, a APS precisa se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2022).

Ressalta-se que a implementação da APS, no Brasil, diz respeito a uma construção social incentivada pela Conferência de Alma-Ata. Mais tarde, a instituição SUS concretizou-se por meio da municipalização das unidades de APS dos estados, que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários (MENDES, 2015). Um exemplo disso é o município analisado, Marau/RS, que possui doze unidades públicas de saúde que fornecem 100% de cobertura da saúde via SUS à população.

Adentrando especificamente o tema da presente pesquisa, enfatiza-se que, no último século, a humanidade passou por uma transição epidemiológica com relação às causas de óbito (PRÉCOMA *et al.*, p. 815, 2019). Sabe-se que as doenças crônicas vêm progressivamente substituindo os índices de morte e morbidade das doenças agudas. Neste cenário, de acordo com o mesmo autor referenciado acima, destaca-se a Doença Arterial Coronariana (DAC) – uma representante das doenças cardiovasculares -.

Atualmente, a maior causa de morte em países ricos e emergentes são doenças cardiovasculares. Afinal, a presença de fatores de risco e lesões em órgãos-alvo aumentam a probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais (PORTES *et al.*, 2020). Nesse prisma, abordando especificamente o aspecto da hipertensão arterial sistêmica (HAS), ela caracteriza-se por, em muitos casos, desenvolver-se de maneira assintomática culminando com prejuízos à microcirculação e a órgãos- alvo, dentre eles se destaca o sistema cardiovascular.

Em tradução livre e, no que incumbe ao artigo de Mahmood *et al.* (2014), o Estudo de Framingham e outras coortes epidemiológicas possuíram contribuições importantes para o entendimento de alguns fatores de risco às doenças cardiovasculares, principalmente à aterosclerose. Iniciado em 1948, e com o transcorrer das décadas, constataram-se ao menos sete fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares: idade, colesterol total; peso;

tabagismo; ECG anormal, hemoglobina e pressão arterial sistólica alterados. Além de considerarem hipertensão, hiperlipidemia e diabetes mellitus agravantes para o risco cardiovascular.

O trabalho redigido por Portes *et al.* (2020) concorda com o disposto acima sobre o Estudo de Framingham. Segundo ele, tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, histórico familiar, HAS, sedentarismo, obesidade, síndrome plurimetabólica e álcool são importantes. Afinal, os principais fatores de risco para DCV encontrados em sua pesquisa foram: histórico de DCV na família em 59,7%, sedentarismo em 53%, sobrepeso em 46,3%, hiperglicemia em 41,07% e DM em 8,1% dos 149 indivíduos entrevistados (PORTES *et al.*, 2020).

Tais fatos também foram comprovados em outro estudo: os fatores mais prevalentes encontrados entre os indivíduos hipertensos foram o diabetes mellitus, a obesidade e a dislipidemia (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

2.1.6.1 O Sistema cardiovascular e as doenças cardiovasculares:

O sistema cardiovascular é o primeiro sistema de órgãos a tornar-se totalmente funcional durante a vida intrauterina (por volta da oitava semana de gestação) (MITCHELL, 2013) e é também um dos mais afetados por diversas condições sistêmicas. As doenças cardiovasculares caracterizam-se pela capacidade de afetar tanto o coração quanto os vasos sanguíneos – artérias, veias e capilares -, e despontam como a principal causa de morte no Brasil e no mundo, determinando aumento da morbidade e incapacidade ajustadas pelos anos de vida (PRÉCOMA *et al.*, p. 795, 2019).

Contudo, não é somente o título de ser o primeiro sistema a tornar-se funcional que o cardiovascular carrega. Destaca-se, também, devido o número significativo de procedimentos cardiovasculares clínicos e cirúrgicos pagos, em especial para insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e síndrome coronariana aguda (OLIVEIRA *et al.*, p. 118, 2022).

Ainda de acordo Oliveira *et al.* (2022), entre as doenças cardiovasculares, a Doença Arterial Coronariana (DAC) foi a principal causa de morte no país, seguida pelo AVC em 1990 e 2019. Nesse sentido, adentrando especificamente no que tange a doença arterial coronariana, conclui-se que ela pode ser subdividida em aguda ou crônica, tendo como exemplos: IAM, angina estável e insuficiência cardíaca

isquêmica. Quanto aos comprometimentos cerebrovasculares, estes podem ser oriundos, por exemplo, de AVE (isquêmico ou hemorrágico).

Segue em anexo um quadro com algumas das principais doenças cardiovasculares.

Quadro 1: Principais Doenças Cardiovasculares:

Angina
Aterosclerose
Cardiopatía Congênita
Cardiopatía Hipertensiva
Infarto agudo do miocárdio (IAM) e Acidente vascular cerebral (AVE)
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
Trombose

Fonte: Elaborada pelo autor de acordo com Mitchell (2013).

Nesse prisma, de acordo com dados disponibilizados por Cardiologia (2022), no Brasil, de janeiro até abril de 2022, somavam-se mais de 117 mil mortes por doenças cardiovasculares. Em âmbito internacional, elas ocasionam 40% das mortes que ocorrem nos Estados Unidos da América (EUA). No que concerne ao quesito econômico, nos EUA, o impacto anual da cardiopatía isquêmica — a forma mais prevalente de doença cardíaca — é superior a 100 bilhões de dólares (MITCHELL, 2013). No Brasil, de acordo com Oliveira *et al.*, p. 125 (2022), o total gasto nessas hospitalizações foi de R\$ 9.378.278, em 2019. Sendo, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e síndromes coronarianas responsáveis pela maior parte desses valores.

De acordo com a literatura, existem fatores de risco associados à ocorrência de doenças cardiovasculares, alguns até mesmo podendo ser considerados clássicos. Consoante Précoma *et al.* p.795 (2019), hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo e histórico familiar constituem-se fatores clássicos que aumentam a chance pré-teste para doenças cardiovasculares, principalmente no que diz respeito a DAC, por exemplo.

Atualmente, vários outros fatores, incluindo questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, também podem explicar as diferenças na carga de DCV entre as populações e suas tendências ao longo das décadas (PRÉCOMA *et al.*, p. 795, 2019). Tais características também podem ser

classificadas como não modificáveis (idade; etnia; genética; sexo) e modificáveis (diabetes mellitus, HAS, hipercolesterolemia, etilismo, excesso de peso e obesidade; sedentarismo; tabagismo). É imperativo destacar que a HAS possui extrema significância ao desenvolvimento das DCV, juntamente com a perpetuação dos fatores de risco que, diversas vezes, são comuns a ambas as condições.

2.1.6.2 Hipertensão arterial sistêmica:

Especificamente no âmbito da hipertensão arterial sistêmica (HAS), sabe-se que ela é uma doença crônica, não transmissível (DCNT) e multifatorial. Definida por níveis pressóricos alterados e aferidos, em ao menos duas ocasiões, no consultório (BARROSO *et al.*, 2020).

Quadro 2: Classificação da PA para maiores de 18 anos (aferição no consultório)

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Pressão ótima	< 120	< 80
Pressão normal	120 – 129	80 – 84
Pré-hipertensão	130-139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	Maior ou igual 180	Maior ou igual 110

Fonte: Adaptada de Barroso *et al.* (2020)

Ressalta-se que a aferição e o monitoramento em domicílio vêm sendo utilizados para o diagnóstico e para o acompanhamento da eficácia do tratamento da HAS, por meio do desenvolvimento da Monitorização Ambulatorial e da Monitorização Residencial de Pressão Arterial, respectivamente, MAPA e MRPA. Tais controles são importantes na atenção primária, uma vez que se tem a possibilidade de acompanhar os pacientes frequentemente.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um distúrbio comum, associado à morbidade considerável e que afeta diversos órgãos, incluindo o coração, o encéfalo e os rins (MITCHELL, 2013). O mais comum é que, devido ao enrijecimento e a perda de complacência de grandes vasos (BARROSO *et al.*, 2020), idosos sejam amplamente acometidos pela comorbidade. Ademais, existem outras particularidades

envolvidas que ajudam explicar por que indivíduos jovens são impactados pela doença. Condições socioeconômicas baixas; hábitos de vida não saudáveis tais como: etilismo; má alimentação; sedentarismo e tabagismo corroboram não só o desenvolvimento da HAS e outras DCV, mas também o desenvolvimento da obesidade, por exemplo.

No que tange sua epidemiologia, nos adultos, os indivíduos com idade entre 50 e 59 anos têm 5,35 vezes mais chance de serem hipertensos do que os de 20 a 29 anos (RADOVANOVIC *et al.*, 2014). De acordo com o mesmo autor, ao agrupar os adultos de acordo com a faixa etária, 25% dos hipertensos com 20 a 29 anos não possuíam fatores de risco cardiovascular. Tal achado começou a alterar-se nos grupos subsequentes uma vez que, na faixa etária dos 30 aos 39 anos, 33,33% dos hipertensos possuíam aglomeração de dois fatores de risco. Por fim, para 40,38% dos indivíduos de 50 a 59 anos, somavam-se cinco ou mais fatores de risco cardiovascular.

Especificamente quanto sua prevalência, em uma amostra de 1.168 indivíduos, a prevalência de HAS foi de 32,7%, sendo mais prevalente entre os homens (35,8%) do que entre as mulheres (30,9%) (NASCENTE *et al.*, 2010). Índices semelhantes foram encontrados por Jardim *et al.* (2006). Das 1.739 pessoas analisadas em seu artigo, a prevalência de HAS foi de 36,4%, sendo maior entre homens (41,8%) do que entre mulheres (31,8%). Cabe ressaltar que existem estudos que trazem a prevalência de hipertensão sendo maior em mulheres, contudo eles são minoria. Como é caso do artigo de Radovanovic *et al.* (2014), em que, dos 408 indivíduos adultos selecionados, a prevalência de hipertensão autorreferida foi de 23,03% sendo maior no sexo feminino. Assim como no trabalho de Lessa *et al.* (2010), em que a prevalência total da HAS foi 29,9%: 27,4% em homens e 31,7%, em mulheres.

Por ser considerada como uma comorbidade multifatorial, ela depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais (BARROSO *et al.*, 2020). Curiosamente, assim como já fora citado, os mesmos agentes relacionados ao desenvolvimento da HAS, estão vinculados ao surgimento de outros fatores de risco e de outras doenças cardiovasculares. Nos dias atuais, os fatores de risco podem ser organizados conforme a tabela abaixo:

Quadro 3: Fatores de risco à HAS e outras doenças cardiovasculares.

FATORES DE RISCO À HAS E OUTRAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	
Não modificáveis	Idade; escolaridade; etnia; predisposição genética; sexo biológico.
Modificáveis	Relacionados com hábitos de vida: dislipidemia; estresse; etilismo; diabetes mellitus; obesidade; sedentarismo e tabagismo.

Fonte: elaborada pelo autor de acordo com os artigos de Nascente *et al.* (2010); Portes *et al.* (2020) e Mahmood *et al.* (2014).

2.1.6.3 Fatores de risco não modificáveis:

Quanto ao sexo, sabe-se que em adultos jovens, a HAS acomete mais homens que mulheres. Ou seja, o sexo feminino apresentou fator de proteção para o risco de hipertensão (JARDIM *et al.*, 2006). Apesar disso, essa tendência modifica-se com o transcorrer das décadas. Afinal, de acordo com Barroso *et al.* (2020) a frequência da HAS aumenta com a idade chegando 61,5% em homens e 68% em mulheres com 65 anos ou mais. Portanto, as prevalências mostraram-se crescentes com a idade em ambos os sexos, já elevadas abaixo dos 50 anos e excepcionalmente elevadas a partir dessa idade (LESSA *et al.*, 2010).

No sexo feminino, e em concordância com a literatura, foram comprovadas associações positivas e significantes da HAS com etnia negra, diabetes, sobrepeso, obesidade central e menopausa, e com idades a partir dos 40 anos e etnia parda (LESSA *et al.*, 2010). No que tange o sexo masculino, existe associação estatisticamente significativa entre HAS e: alta e baixa escolaridade, classe social elevada e consumo de álcool em excesso (LESSA *et al.*, 2010).

No que tange a idade e a fisiopatologia da doença, com o envelhecimento, ocorre a diminuição da complacência de vasos sanguíneos; diminuição do tamanho de fibras musculares e progressiva perda da força muscular cardíaca resultando em diminuição do débito cardíaco e diversas vezes aumento na pressão arterial sistólica (TORTORA; DERRICKSON 2017 cap 21.9).

Em consonância com Lessa *et al.* (2010), no quesito prevalência de HAS, os índices mostram associação crescente com a idade, em ambos os sexos. Essa prevalência ainda se caracteriza como crescente abaixo dos 50 anos e elevada a partir dessa idade. Destaca-se a prevalência de 14,0% dos 30 aos 39 anos, subindo para

34,6% dos 40 aos 49 anos e chegando a 63,1% nos indivíduos de 60 anos ou mais (NASCENTE *et al.*, 2010). Conclui-se que existe uma correlação positiva entre HAS e a faixa etária (JARDIM *et al.*, 2006).

No que se refere a escolaridade, de acordo com Nascente *et al.* (2010), existe uma correlação negativa entre HAS e escolaridade, tanto na população geral da amostra analisada, quanto na dividida por sexo. Em consonância, a escolaridade apresentou associação inversa com a HAS, com prevalência de 47,5% entre aqueles com menos anos de estudo, e 28,0% naqueles com mais de nove anos de estudo (JARDIM *et al.*, 2006).

A etnia configura-se um fator de risco importante para a HAS, porém condições socioeconômicas e hábitos de vida mostraram-se mais relevantes às diferenças de prevalência (BARROSO *et al.*, 2020). Em negros a prevalência foi 31,6% para homens e 41,1% para mulheres. Em brancos foi 25,8% nos homens e 21,1% nas mulheres (LESSA *et al.*, 2010).

Por fim, no que concerne ao histórico familiar, apesar do presente Trabalho de Curso não trazer dados referentes a essa variável, uma vez que ela não consta no formulário (Anexo A), é notório que diversas doenças possuem como fator de risco a hereditariedade. Afinal, não é ao acaso que – durante a anamnese - o histórico familiar do paciente é questionado. Para Lessa *et al.* p. 542 (2020) “considera-se a HA primária uma doença multifatorial, mas com forte componente genético”. Ainda, outros fatores de risco às DCV também possuem importante herança genética: como a DM. Afinal “vários estudos estabeleceram claramente a importância dos fatores genéticos na predisposição ao DM2” (REIS; VELHO, 2002). Entre outros.

2.1.6.4 Fatores de risco modificáveis:

O tabagismo é definido como um fator de risco evitável que leva às doenças cardiovasculares e à morte precoce. Diversos estudos demonstram a associação entre HAS, tabagismo e o surgimento de outras comorbidades. Nesse prisma, pode-se citar o artigo de Nascente *et al.* (2010) em que de 1.168 indivíduos analisados, 32,9% declararam-se tabagistas. Sendo que, a prevalência de HAS foi maior entre os ex-tabagistas (48,8%) e tabagistas (32,9%) do que entre os não tabagistas (26,1%). Ainda abordando estudos epidemiológicos, dos 149 indivíduos entrevistados por Portes *et al.* (2020), 11,4% eram tabagistas. No que concerne ao sexo, consoante o

artigo de Jardim *et al.* (2006) o tabagismo teve prevalência de 20,1%, sendo mais frequente entre homens (27,1%) do que entre mulheres (16,4%).

Quanto ao etilismo, no que diz respeito à epidemiologia, dos 1.168 indivíduos analisados por Nascente *et al.* (2010), o consumo em excesso de álcool estava presente em 33% da amostra. Foi observada diferença significativa entre os sexos (homens 51,1% e mulheres 23,1%). Dos 149 indivíduos entrevistados por Portes *et al.* (2020), 37,6% relataram etilismo/uso de álcool. E, na amostra de 106 pessoas analisadas por Cardoso *et al.* (2020), a ingestão de bebidas alcoólicas relacionou-se ao sexo e a ocupação profissional, em que homens consumiam mais bebidas alcoólicas que mulheres. Em consonância, para Jardim *et al.* (2006), o hábito da ingestão regular de bebidas alcoólicas estava presente em 44,4% dos indivíduos, sendo mais frequente entre os homens.

Quando se aborda a questão da Diabete Mellitus (DM) é importante citar, em tradução livre de Mahmood *et al.* (2014), que a mortalidade cardiovascular foi três vezes maior em indivíduos portadores de HAS e diabetes concomitantemente. Os indivíduos com DM têm 2,9 vezes mais chances de serem hipertensos do que os sem DM (RADOVANOVIC *et al.*, 2014). Em suma, a diabete mellitus foi associada com um aumento no risco de problemas cardiovasculares. E, seus índices para a população em geral, de acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde, através do Vigitel 2021, foram: a frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 9,1%, sendo de 9,6% entre as mulheres e de 8,6% entre os homens. Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade. (BRASÍLIA, p.96, 2022).

Ao abordar o aspecto da dislipidemia, precisa-se compreender que o colesterol total do sangue tende a aumentar com a idade, assim como a lipoproteína de baixa densidade (LDL), em contrapartida a lipoproteína de alta densidade (HDL) tende a diminuir (TORTORA; DERRICKSON, 2017, cap 21,9). Tal fato, aliado à modificação nos hábitos alimentares e no estilo de vida da população brasileira citada por Jardim *et al.* (2006), configura uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. Todavia, “Para avaliação adequada do risco cardiovascular (CV) são imperativas as análises do HDL-C e do LDL-C” (XAVIER H.T. *et al.*, p. 4, 2013).

De acordo uma tabela trazida por Xavier H.T *et al.*, p.3, (2013), para adultos maiores de 20 anos, no que tange o colesterol total, valores < 200 são desejáveis e

valores ≥ 240 são considerados altos; quanto ao LDL-C valores desejáveis estão entre 100-129, sendo considerados muito alto índices ≥ 190 ; para o HDL-C é desejável valores > 60 ; para triglicérides desejam-se valores < 150 . Nesse viés, a dislipidemia – que já havia sido citada pelo estudo de Framingham– desponta como um fator de risco importante. Estatisticamente, de acordo com Portes *et al.* (2020), dos 149 indivíduos entrevistados em sua pesquisa, 10,7% possuem quadros dislipidêmicos.

O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal correlacionaram-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, principalmente com níveis elevados de triglicérides e reduzidos de HDL (PORTES *et al.*, 2020). Classificando-se, sabe-se que o sobrepeso foi definido pelo índice de massa corpórea, IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$) $\geq 25\text{Kg}/\text{m}^2$ e $< 30\text{Kg}/\text{m}^2$ e a obesidade $\geq 30\text{Kg}/\text{m}^2$ de superfície corporal (LESSA *et al.*, 2010).

Quanto a obesidade, sabe-se que ela pode ocorrer concomitantemente com hipertensão, lipídeos elevados e diabetes, aumentando o risco cardiovascular em pessoas obesas que apresentam tal característica (MAHMOOD *et al.*, 2014). Para Brasília p. 42 (2022), à população brasileira, a frequência de adultos obesos foi de 22,4%. Quando analisadas por sexo, as taxas foram semelhantes: mulheres 22,6% (sendo a escolaridade um fator protetor, principalmente àquelas que possuíam mais de 12 anos de estudo) e para os homens de 22%.

Ao relacionar obesidade e hipertensão, por exemplo, os obesos têm 2,35 vezes mais chances de possuir HAS do que os indivíduos de peso normal (RADOVANOVIC *et al.*, 2014). Para Cardoso *et al.* (2020), no que tange sexo e faixa etária, mulheres, divorciados e viúvos eram mais obesos. Ainda, dos 106 pacientes de seu estudo, 80,2% eram obesos. Tendo relação com sexo, estado civil e número de conviventes.

Segundo Rosini, Machado e Xavier (2006), nos 139 pacientes hipertensos e tabagistas analisados, a obesidade predomina no sexo feminino (que corresponde uma parcela maior da amostra). Tal fato é reforçado pelos seguintes dados do mesmo artigo: quando se fala em sobrepeso, a prevalência foi de 40,3% (56,3% masculino e 31,9% feminino). Quanto à obesidade, obteve-se uma prevalência de 28,1% (16,7% masculino e 34,1% feminino). Ressalta-se que a definição de sobrepeso e obesidade ocorreu com base no IMC.

Já, Jardim *et al.* (2006) encontrou sobrepeso maior entre as mulheres e de obesidade entre os homens. Especificamente quanto a dados referentes à população brasileira, de acordo com Brasília p.39 (2022), a frequência de excesso de peso foi de

57,2%, sendo maior entre os homens (59,9%) do que entre as mulheres (55,0%). No total da população, a frequência dessa condição aumentou com a idade até os 54 anos e reduziu com o aumento da escolaridade.

Destaca-se que no presente trabalho de curso, os dados relacionados a obesidade serão classificados de acordo com o IMC (índice de massa corporal) uma vez que nos formulários aplicados (Anexo A) os dados relacionados a esse fator de risco levavam em consideração somente o IMC e não a circunferência abdominal – fator que também pode ser usado na avaliação do sobrepeso e da obesidade. Por fim, de acordo com o trabalho de Jardim *et al.* (2006), encontra-se correlação positiva entre HAS e IMC.

Quando ao sedentarismo, consoante dados epidemiológicos do artigo de Cardoso *et al.* (2020), dos 106 pacientes analisados, 68,9% eram sedentários. Cabe ressaltar que tal dado possuía relação com a ocupação profissional, a idade e o número de filhos do indivíduo. Já, em uma amostra de 1.168 indivíduos, o sedentarismo no trabalho e no lazer estava presente em 67,6% e em 64,8% dos indivíduos, respectivamente, com proporção maior entre as mulheres (NASCENTE *et al.*, 2010).

Quanto ao estresse, possui correlação negativa com a idade, ou seja, quanto menor a idade, maiores são os índices de estresse (CARDOSO *et al.*, 2020). Ainda de acordo com o mesmo autor, o estresse é maior na população adulta ativa, fato este que pode estar relacionado à rotina de atividades diárias.

2.1.6.5. Importância da APS de acordo com o tema do presente Trabalho de Curso:

Por fim, em um país emergente, em que doenças crônicas configuram-se por fomentar importantes taxas de morte e morbidade, o rastreio às doenças cardiovasculares e aos seus fatores de risco torna-se importante, uma vez que eles podem permanecer assintomáticos por anos, deteriorando lentamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Nesse segmento, a intervenção precoce por meio da Atenção Primária em Saúde, pode desencadear: mudanças no estilo de vida, a adesão adequada ao tratamento medicamentoso e ocasionar a longo prazo uma diminuição dos custos dispendidos pelo Sistema de Saúde.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, do tipo transversal descritivo.

2.1.7.2 Local e período de realização:

O presente trabalho será realizado na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS, no transcorrer de julho de 2022 a julho de 2023.

2.1.7.3 População e Amostragem:

Trata-se de um recorte de um projeto de pesquisa mais amplo, já institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo (UFFS), iniciado em 2021 e intitulado: “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”.

O presente trabalho de curso será composto por adultos, de ambos os sexos, com idade entre 20 a 59 anos, atendidos pela equipe médica e de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) de 01/01 a 31/12/2019. A amostra probabilística será selecionada por amostragem sistemática dentre os participantes atendidos no ano de 2019.

Com o propósito de garantir o poder estatístico necessário às análises inferenciais entre as variáveis, o tamanho amostral foi calculado pelo projeto base considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. Assim, para possibilitar a identificação da associação entre os diferentes desfechos (agravos e doenças) e fatores de exposição (características sociodemográficas e comportamentais), considerou-se uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2, totalizando um n de 1.234. Dessa amostra total, será selecionada uma subamostra composta pelos indivíduos hipertensos a fim de calcular

a prevalência da comorbidade, bem como fazer sua caracterização e avaliar os demais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares a longo prazo. Para essa subamostra espera-se incluir um N de 370 indivíduos (cerca de 30% da amostra total).

A pesquisa possui como critério de inclusão: possuir entre 20 a 59, independentemente do sexo e, ter sido atendido em uma das doze unidades de Atenção Primária do Município de Marau no período de tempo determinado. Como critério de exclusão, serão desconsiderados os indivíduos que não compareceram à consulta em 2019; que vieram a óbito no período da pesquisa e as gestantes.

2.1.7.4 Variáveis e instrumento de coleta de dados:

Os dados serão coletados por meio de prontuários acessados, de forma eletrônica, pela equipe da pesquisa, da qual a autora deste projeto faz parte. Tais dados estarão disponíveis no sistema de prontuários integrados das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município, denominado Gestão Municipal de Saúde (G-MUS) e serão transcritos, após treinamento e disponibilização de *login* e senha, para a ficha de coleta (Anexo A).

A lista de pacientes foi obtida, diretamente com a secretaria de saúde do município, pela equipe do projeto maior. A partir dela, serão selecionados todos os adultos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Marau/ RS, no transcorrer do ano de 2019. No que tange ao Anexo A, serão utilizadas variáveis para caracterizar a amostra de adultos que possui HAS.

Para analisar a presença ou não de hipertensão, será levada em consideração a variável “Tem Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim, Não”. Para entender o perfil dessa amostra analisada, serão levados em consideração variáveis sociodemográficas (idade; sexo; raça/cor; escolaridade; situação no mercado de trabalho). Por fim, para a caracterização dos fatores de risco entre os hipertensos, serão utilizados dados sociodemográficos e de saúde, alguns se configurando como variáveis não modificáveis já citados anteriormente - (sexo; idade; etnia, escolaridade e ocupação), e os considerados modificáveis: de saúde (sobrepeso e obesidade – por meio do IMC- , diabetes mellitus – tipo um ou dois - , dislipidemia, presença de acontecimentos cardiovasculares – AVC/ derrame; doença cardíaca prévia - hipercolesterolemia – colesterol total e frações HDL e LDL, hipertrigliceridemia –

triglicerídeos-) assim como de comportamento (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; prática de atividade física autorreferida).

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados:

Os dados obtidos dos prontuários – com base no projeto maior - serão duplamente digitados, visando maior qualidade, no software EpiData versão 3.1 (distribuição livre). As análises estatísticas serão realizadas no software PSPP (distribuição livre) e compreenderão: a análise da frequência absoluta e da frequência relativa das variáveis analisadas.

Será calculada também a estimativa de prevalência da variável “Tem Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim, Não”, a fim de estimar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na amostra total analisada. Isso será feito por meio da divisão dos casos identificados de HAS, pelo total da amostra do estudo. A partir de então, na parcela populacional que possui HAS, será calculada a prevalência para os demais fatores de risco às doenças cardiovasculares (tanto os não modificáveis quanto os modificáveis). Para cada fator de risco, será feita uma divisão da amostra que apresenta o fator por todos os indivíduos que possuem HAS.

Por fim, após o cálculo das prevalências, os pacientes que possuem HAS, serão agrupados de acordo com a faixa etária (20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos e 50 a 59 anos) e com a quantidade de fatores de risco modificáveis concomitantes. Tal medida possui a finalidade de constatar a quantidade de fatores de risco modificáveis existentes ao mesmo tempo e em qual faixa etária eles se localizam: pacientes com apenas um fator de risco; pacientes com até três fatores de risco; pacientes com quatro a seis fatores de risco e pacientes com sete ou mais fatores de risco.

2.1.7.6 Aspectos éticos:

O projeto de título “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”, através do qual se desenvolverá o estudo em evidência, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da

Fronteira Sul, sendo aprovado pelo parecer de número 4.769.903, exibido pelo Anexo B, o qual atende à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.8 Recursos:

Quadro 4: Recursos para a execução do projeto

Item	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Computador	1	R\$ 3000,00	R\$ 3000,00
Taxa de Energia Elétrica	12	R\$ 2400,00	R\$ 2400,00
Taxa de Internet	12	R\$ 1800,00	R\$ 1800,00
Total			R\$ 7200,00

Fonte: elaborado pelo autor.

Todos os recursos necessários para a execução do projeto, descritos no quadro acima, ficarão sob responsabilidade da acadêmica encarregada pelo estudo.

2.1.9 Cronograma:

Quadro 5: Cronograma de Atividades

ATIVIDADE/ MÊS	JUL 2022	AGO 2022	SET 2022	OUT 2022	NOV 2022	DEZ 2022	JAN 2023	FEV 2023	MAR 2023	ABR 2023	MAI 2023	JUN 2023	JUL 2023
Coleta de Dados													
Processamento e análise de dados													
Redação e divulgação de dados													

Fonte: elaborada pelo autor.

2.1.10 Referências:

BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al* (org.). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Cardiol**, Brasil, v. 3, n. 116, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf> . Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. [Artigo 196]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em 13 maio 2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária À Saúde. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> . Acesso em: 27 maio 2022.

BRASÍLIA. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde (org.). **Vigitel 2021**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 2022. Estimativa sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Disponível em: encurtador.com.br/gkIU. Acesso em: 20 jun. 2022.

CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de. **Cardiômetro**: mortes por doenças cardiovasculares no brasil. Mortes por Doenças Cardiovasculares no Brasil. 2022. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/sobre-o-cardiometro.asp>. Acesso em: 16 abr. 2022.

CARDOSO, Fernanda Nardy *et al*. **Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica**. 2020. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1421> . Acesso em: 01 abr. 2022.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

JARDIM, Paulo César B. Veiga *et al*. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, [s. l], v. 4, n. 88, p. 452-457, out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/tVzXScBKJrf8stHHVcpmLYx/abstract/?lang=pt#:~:text=Encontrada%20correla%C3%A7%C3%A3o%20positiva%20da%20HA,e%20obesida de%20entre%20os%20homens> . Acesso em: 02 abr. 2022.

LESSA, Ínes *et al*. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Salvador, v. 6, n. 87, p. 747-756, maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/CrgXFrggQVSqBd6DkVkkcMx/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 02 abr. 2022.

MAHMOOD, Syed S. *et al.* The Framingham Heart Study and the Epidemiology of Cardiovascular Diseases: A Historical Perspective. **Lancet**, Nashville, p. 1-22, mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159698/> . Acesso em: 03 abr. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. Capítulo 1: A atenção primária nas redes de atenção à saúde: a atenção primária à saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2015. Cap. 1. p. 29-37. Disponível em: encurtador.com.br/oqtKN . Acesso em: 27 maio 2022.

MITCHELL, Richard N.. Coração. In: KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C.. **Robbins Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2013. Cap. 10. p. 365-405.

NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira *et al.* Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Sociedade Brasileiras de Cardiologia**, [s. l], v. 4, n. 95, p. 502-509, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/PWCyNjxqc93YrNTsb9Dbprh/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 02 abr. 2022.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Abc Cardiol**: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Brasil, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-118-01-0115/0066-782X-abc-118-01-0115.x55156.pdf . Acesso em: 06 dez. 2022.

PORTES, Matheus Vieira Coelho *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica Associada a Fatores de Risco Cardiovascular na População de um Município da Região Noroeste Fluminense. **Revista Interdisciplinar de Pensamento Científico**, Brasil, v. 6, n. 1, p. 219-228, jun. 2020. Disponível em: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/549/459> . Acesso em: 03 abr. 2022.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Paraná, v. 4, n. 22, p. 547-553, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/98MYtgmnbDSm5rR4pGMgcRk/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 27 mar. 2022.

REIS, André F.; VELHO, Gilberto. Bases Genéticas do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, [s. l], v. 46, n. 4, p. 426-432, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/mW3n348zKRf3Csmtb88xkGm/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 jun. 2022.

ROSINI, Nilton; MACHADO, Marcos José; XAVIER, Hermes Toros. Estudo de Prevalência e Multiplicidade de Fatores de Risco Cardiovascular em Hipertensos do Município de Brusque, SC. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Brusque, v. 86, n. 3, p. 219-222, mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/pkfcPdhG7Z74PbK98HVmYDd/?lang=pt> . Acesso em: 01 abr. 2022.

Sistema Circulatório: Vasos sanguíneos, hemodinâmica e homeostasia: envelhecimento e sistema circulatório. *In*: TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 21. p. 1516-1518.

SOCIAIS, **Estatísticas (ed.)**. Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 17 abr. 2022.

Xavier H. T., Izar M. C., Faria Neto J. R., Assad M. H., Rocha V. Z., Sposito A. C., Fonseca F. A., dos Santos J. E., Santos R. D., Bertolami M. C., Faludi A. A., Martinez T. L. R., Diament J., Guimarães A., Forti N. A., Moriguchi E., Chagas A. C. P., Coelho O. R., Ramires J. A. F.; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/GGYvjtdbVFRQS4JQJCWg4fH/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 28 jun. 2022.

2.1.11 Anexos

2.1.11.1 Anexo A: Ficha de Coleta de Dados.

UFFS-PESQUISA: Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária	
Pesquisadora Responsável: Profª Drª Ivana Loraine Lindemann. ivana.lindemann@uffs.edu.br (54) 9 8163 1716	
Número do participante	NUME _____
Nome/número do acadêmico pesquisador:	ACADE _____
VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Número do prontuário:	PEP _____
Unidade de Saúde:	UNI _____
Área: (0000) Fora de área	AREA _____
Microárea: (000000) Fora de área	MICRO _____/____
Data da última consulta médica em 2019:	DATEME ____/____/____
Data da última consulta de enfermagem em 2019:	DATAEN ____/____/____
Nome completo	NOME _____
Data de nascimento:	DATAN ____/____/____
Nacionalidade (1) Brasileiro (2) Naturalizado (3) Estrangeiro (4) Não informado	NACI ____
Naturalidade (1) Marau (2) Outro (3) Não informado	NATU ____
Sexo (1) Masculino (2) Feminino (3) Ignorado	SEXO ____
Orientação sexual (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual (4) Outro (5) Não informado	ORI ____
Identidade de gênero (1) Homem transexual (2) Mulher transexual (3) Travesti (4) Outro (5) Não informado	GENE ____
Raça/cor (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (6) Não informado	COR ____
Frequenta escola ou creche (1) Sim (2) Não (3) Não informado	CRECHE ____
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou? (01) Creche (02) Pré-escola (exceto CA) (03) Classe Alfabetizada – CA (04) Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries (05) Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries (06) Ensino Fundamental Completo (07) Ensino Fundamental Especial (08) Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) (09) Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) (10) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) (11) Ensino Médio Especial (12) Ensino Médio EJA (Supletivo) (13) Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado (14) Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) (15) Nenhum (16) Não informado (17) Não condizente com a idade	CURSO ____

Situação no mercado de trabalho (01) Empregador (02) Assalariado com carteira de trabalho (03) Assalariado sem carteira de trabalho (04) Autônomo com previdência social (05) Autônomo sem previdência social (06) Aposentado/Pensionista (07) Desempregado (08) Não trabalha (09) Servidor Público/Militar (10) Outro (11) Não informado	TRABA__ __
--	------------

GERAIS E MORBIDADES	
Participa de algum grupo comunitário? (0) Não/não informado (1) Sim Qual(is):	GRUPO__ QGRUPO
Peso (em gramas):	PESO__ __ __ __ __
Altura/comprimento (em centímetros):	ALTU__ __ __
Índice de Massa Corporal (IMC):	IMC__ __, __ __
Autorelato de atividade física (1) Sim (0) Não/não informado	AF__
Está fumante? (1) Sim (0) Não	FUMA__
Faz uso de álcool? (1) Sim (0) Não	BEBE__
Faz uso de outras drogas? (1) Sim (0) Não	DROGA__
Tem hipertensão arterial sistêmica? (1) Sim (0) Não	HAS__
Tem diabetes <i>mellitus</i> ? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de DM? (1) Tipo 1 (2) Tipo 2 (3) Gestacional (4) Informação não localizada	DM__ QDM__
Teve dislipidemia? (1) Sim (0) Não	DISLI__
Teve AVC/derrame? (1) Sim (0) Não	AVC__
Teve infarto? (1) Sim (0) Não	IAM__
Tem doença cardíaca/do coração? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência cardíaca (2) Outro (3) Não sabe	CARDI__ QCARDI__
Tem ou teve problema nos rins? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência renal (2) Outro (3) Não sabe Realiza terapia renal substitutiva? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de terapia renal substitutiva:	RINS__ QRINS__ TRS__ QTRS
Tem doença respiratória/no pulmão? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Asma (2) DPOC/Enfisema (3) Outro (4) Não sabe	RESPI__ QRESPI__
Tem hanseníase? (1) Sim (0) Não	HANSE__
Está com tuberculose? (1) Sim (0) Não	TUBE__
Tem ou teve câncer? (1) Sim (0) Não Qual a localização do câncer:	CA__ LCA
Teve alguma internação nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não Qual(is) causa(s):	INTERNA__ CAUSA
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? (0) Não (1) Sim Qual(is)?	MENTA__ QMENTA
Está acamado? (1) Sim (0) Não	CAMA__
Está domiciliado? (1) Sim (0) Não	DOMI__
Uso de plantas medicinais (1) Sim (0) Não	CHA__

Qual(is):	QCHA
Usa outras Práticas Integrativas e Complementares (0) Não (1) Sim	PICS__
Qual(is):	QPICS
Outra condição/doença do paciente (0) Não (1) Sim	CONDI__
Qual(is):	QCONDI
Medida da pressão arterial sistólica:	PAS____
Medida da pressão arterial diastólica:	PAD____

EXAMES	
<i>Considerar a data de registro ou de realização mais recente no ano de 2019</i>	
Registro de exames (0) Não há registro (1) Sim, com descrição de resultados (2) Sim, sem descrição de resultados	EXAMES__
Mamografia (1) Sim (0) Não Resultado BIRADS: _____	MMG__ BIRADS_____
Papanicolau (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo para neoplasia (1) Alterado	CP__ RCP__
Sangue oculto nas fezes (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	PSOF__ RPSOF__
Colonoscopia (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	COLONO__ RCOLONO__
PSA TOTAL (1) Sim (0) Não Resultado _____	PSA__ RPSA_____
Colesterol total (1) Sim (0) Não Resultado _____	CT__ RCT_____
HDL (1) Sim (0) Não Resultado _____	HDL__ RHDL_____
LDL (1) Sim (0) Não Resultado _____	LDL__ RLDL_____
Triglicerídeos (1) Sim (0) Não Resultado _____	TG__ RTG_____
Glicemia de jejum (1) Sim (0) Não Resultado _____	GJ__ RGJ_____
Hemoglobina glicada (1) Sim (0) Não Resultado _____	HB1AC__ RHB1AC_____
TGO (1) Sim (0) Não Resultado _____	TGO__ RTGO_____
TGP (1) Sim (0) Não Resultado _____	TGP__ RTGP_____
TSH (1) Sim (0) Não Resultado _____	TSH__ RTSH_____
Creatinina sérica (1) Sim (0) Não Resultado _____	CREATI__ RCREATI_____
Ureia (1) Sim (0) Não Resultado _____	LIRE__ RURE_____
Hematócrito (1) Sim (0) Não Resultado _____	HT__ RHT_____
Hemoglobina (1) Sim (0) Não Resultado _____	HB__ RHB_____
EPF (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	EPF__ REPF__

Parasita:	PARASITA	
Teste rápido HIV (1) Sim (0) Não	TRHIV__	
Resultado (0) Negativo (1) Positivo (2) Indeterminado	RTRHIV__	
Teste rápido de sífilis (1) Sim (0) Não	TRSIF__	
Resultado (0) Negativo (1) Positivo	RTRSIF__	
VDRL (1) Sim (0) Não	VDRL__	
Resultado 1 / ____ (000) Não reagente	RVDRL____	
HbsAg (1) Sim (0) Não	HBSAG__	
Resultado (0) Negativo/Não reagente (1) Positivo/Reagente	RHBSAG__	
Teste rápido hepatite B (1) Sim (0) Não	TRHB__	
Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	RTRHB__	
Teste rápido hepatite C (1) Sim (0) Não	TRHC__	
Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	RTRHC__	
Toxoplasmose IgM (1) Sim (0) Não	TOXOM__	
Resultado (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica	RTOXOM__	
Valor _____, ____	VTOXOM____, ____	
Toxoplasmose IgG (1) Sim (0) Não	TOXOG__	
Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	RTOXOG__	
Valor _____, ____	VTOXOG____, ____	
MEDICAMENTOS EM USO		
Anotar todos os medicamentos em uso contínuo (nome/nome comercial)		MEDI
Anotar todos os medicamentos (nome/nome comercial) indicados no plano da consulta (prescritos na última consulta de 2019)		FARMA
Encaminhamentos para especialidades médicas e outros (1) Sim (0) Não		ENCA__
Qual(is):		QENCA
GESTANTES		
Gestante (1) Sim (0) Não	GESTA__	
DUM ____/____/____	DUM ____/____/____	
DPP ____/____/____	DPP ____/____/____	
Tipo gestação (0) Gestação única (1) Gestação gemelar/múltipla	TIPOG__	
Gravidez planejada/desejada (1) Sim (0) Não	PLANE__	
Gestação prévia (1) Sim (0) Não	GESTAP__	
Número de gestações totais (incluindo a atual e todas as anteriores):	PARI__	
HISTÓRICO GESTACIONAL		
<i>Mulheres com paridade maior ou igual a dois - informações sobre gestações prévias</i>		
Aborto (interrupção involuntária de uma gestação antes da 20ª semana) (1) Sim (0) Não	ABORTO__	
Prematuridade (1) Sim (0) Não	PREMA__	
Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia (1) Sim (0) Não	ECLA__	
Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não	DMG__	
Hipertensão gestacional (1) Sim (0) Não	HASG__	
Excesso de ganho de peso (1) Sim (0) Não	EPESOG__	
Outros agravos gestacionais (0) Não (1) Sim	OHG__	
Qual(is):	QOHG	
GESTAÇÃO ATUAL		
<i>Informações sobre a primeira consulta de pré-natal</i>		
Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (em semanas completas):	IGPN1__	
Início do pré-natal (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre	INIPREN__	
Data da primeira consulta de pré-natal:	DATAPN1 ____/____/____	
Peso na primeira consulta de pré-natal (em gramas):	PESOPN1____	

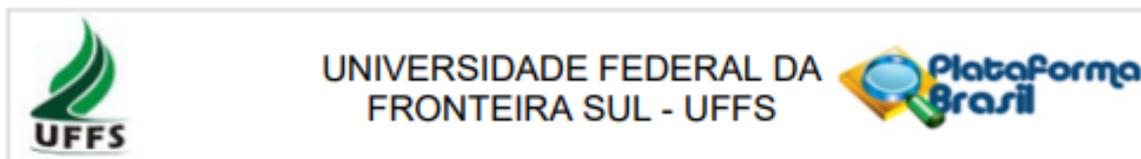
Altura na primeira consulta de pré-natal (em centímetros):	ALTUG ___
Medida da pressão arterial sistólica na primeira consulta de pré-natal: _____	PASPN1 ___
Medida da pressão arterial diastólica na primeira consulta de pré-natal: _____	PADPN1 ___
Hemograma realizado na primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	HEMOPN1 ___
Resultado ABO (1) A (2) B (3) AB (4) O	ABO ___
Resultado Fator Rh (0) Negativo (1) Positivo	RH ___
Resultado glicemia de jejum primeira consulta de pré-natal: _____ (mg/dl)	GJPN1 _____, _____
EQU primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	EQUPN1 ___
Urocultura primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	UROPN1 ___
Resultado urocultura primeira consulta de pré-natal (0) Negativo (1) Positivo	RUROPN1 ___
Patógeno:	PATOGENO1
Realização de exames ultrassonográficos primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	ULTRAPN1 ___
Alterações:	ALTERA1
INFORMAÇÕES SOBRE CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO SEGUNDO TRIMESTRE (14 a 26 semanas de gestação)	
<i>* Se a gestante iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 14ª semana</i> <i>* Se a gestante iniciou o pré-natal no segundo trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 26ª semana</i>	
Data da consulta de pré-natal do segundo trimestre:	DATAPN2 ___/___/_____
Idade gestacional na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em semanas completas):	IGPN2 ___
Peso na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em gramas):	PESOPN2 _____
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PASPN2 ___
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PADPN2 ___
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN2 ___
Resultado glicemia de jejum na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN2 _____, _____
EQU na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	EQUPN2 ___
Urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	UROPN2 ___
Resultado urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (0) Negativo (1) Positivo	RUROPN2 ___
Patógeno:	PATOGENO2
Realização de exames ultrassonográficos (1) Sim (0) Não	ULTRAPN2 ___
Alterações:	ALTERA2
INFORMAÇÕES SOBRE A CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO TERCEIRO TRIMESTRE (a partir da 27ª semana)	
<i>* Anotar as informações da última consulta de pré-natal registrada no prontuário</i>	
Data da consulta de pré-natal do terceiro trimestre (segundo trimestre):	DATAPN3 ___/___/_____
Idade gestacional na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em semanas completas):	IGPN3 ___
Peso na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em gramas):	PESOPN3 _____
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PASPN3 ___
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PADPN3 ___
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN3 ___
Resultado glicemia de jejum consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN3 _____, _____
EQU na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	EQUPN3 ___
Urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	UROPN3 ___
Resultado da urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (0) Negativo (1) Positivo	RUROPN3 ___
Patógeno:	PATOGENO3
Bacterioscopia de fluido/secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) (1) Sim (0) Não	BACTE ___
Resultado bacterioscopia (0) Negativo (1) Positivo	RBACTE ___
Resultado:	RESUBA
Realização de exames ultrassonográficos: (1) Sim (0) Não	ULTRAPN3 ___
Alterações:	ALTERA3

INFORMAÇÕES DO PARTO E DO NASCIMENTO <i>(referente à gestação acompanhada no módulo anterior)</i>	
Data do parto:	DATA P ___/___/_____
Idade gestacional (em semanas completas):	IGP ___
Desfechos gestacionais (1) Vivo (2) Aborto (3) Neomorto (4) Natimorto	DESFE ___
Tipo de parto (1) Normal (2) Cesáreo	PARTOG ___
Local do parto (1) Maternidade em Marau/Hospital Cristo Redentor (HCR) (2) Maternidade em outro município (3) Em casa	LPARTO ___
Complicações na gestação e no parto Oligodramnia (1) Sim (0) Não Descolamento prematuro de placenta - DPP (1) Sim (0) Não Amniorrexe prematura (1) Sim (0) Não Eclâmpsia (1) Sim (0) Não Pré-eclâmpsia (1) Sim (0) Não Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não Hemorragia (1) Sim (0) Não Hipertensão arterial (1) Sim (0) Não Síndrome de Hellp (1) Sim (0) Não Outras complicações no parto (0) Não (1) Sim Qual(is):	OLIGO ___ DESCO ___ AMNIO ___ ECLAP ___ PECLAP ___ DMGP ___ HEMOP ___ HASP ___ HELLP ___ OCOMPLI ___ QCOMPLI
Número de consultas de pré-natal:	NCONSU ___
Recebeu orientação para aleitamento exclusivo (1) Sim (0) Não	OAME ___
CRIANÇAS <i>Considerar 0-12 anos completos</i>	
Criança (1) Sim (0) Não	CRIA ___
Nome da mãe:	NOMEM
Número do prontuário da mãe: OBS: buscar informações no prontuário da mãe, se necessário.	PEPM _____
Peso ao nascer (em gramas):	PESON _____
Comprimento ao nascer (em centímetros):	COMP ___
Perímetro cefálico ao nascer (em centímetros):	PC ___
Idade gestacional ao nascimento (semanas completas)	IGEN ___
Tipo de parto (0) Normal (1) Cesáreo	PARTOC ___
APGAR do 1º minuto: ___	APGAR1 ___
APGAR do 5º minuto: ___	APGAR5 ___
Aleitamento (1) Materno Exclusivo (2) Materno Predominante (3) Materno Misto/Complementado (4) Artificial/Materno Inexistente (5) Nenhum	ALE ___
Idade de início do complemento (em meses):	COMPLE ___
Introdução alimentar (1) Sim (0) Não Idade de início da introdução alimentar (em meses): ___	IA ___ IDAIA ___
Teste do pezinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	PE ___ RPE ___ QRPE
Teste do olhinho/Reflexo vermelho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	OLHO ___ ROLHO ___ QROLHO

Teste da orelhinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	ORE__ RORE__ QRORE
Teste do coraçãozinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	CORA__ RCORA__ QRCORA
Teste da linguinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	LINGUA__ RLINGUA__ QRLINGUA
Periodicidade de consultas médicas nos 2 primeiros anos de vida 1 semana (1) Sim (0) Não 1 mês (1) Sim (0) Não 2 meses (1) Sim (0) Não 4 meses (1) Sim (0) Não 6 meses (1) Sim (0) Não 9 meses (1) Sim (0) Não 12 meses (1) Sim (0) Não 18 meses (1) Sim (0) Não 24 meses (1) Sim (0) Não Acompanhamento irregular (1) Sim (0) Não	PRISE__ UME__ DOME__ QUAME__ SEME__ NOVEME__ DOZEME__ DEZOME__ VINTEME__ IRRE__
Suplementação de Ferro (0) Não (1) Sim. Idade de início (em meses): __ __	FERRO__ IFERRO__ __
Suplementação de Vitamina D (0) Não (1) Sim. Idade de início (em meses): __ __	VITAD__ IVITAD__ __
<p style="text-align: center;">Observações gerais <i>Anotar qualquer outra informação que julgar importante</i></p>	GERA

Fonte: projeto base “Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária”

2.1.11.2 Anexo B: Parecer Consubstanciado do CEP referente ao projeto de pesquisa piloto.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47211821.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.769.903

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

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

COMENTÁRIOS:

Adequado

Continuação do Parecer: 4.789.903

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

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

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

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

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

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

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

Continuação do Parecer: 4.789.903

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

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

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

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

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

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

Continuação do Parecer: 4.789.903

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

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

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

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

Continuação do Parecer: 4.789.903

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

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

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

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

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

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

Continuação do Parecer: 4.769.903

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

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

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

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 08/2021

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO:

Adequada

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

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

Adequada

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

Adequado

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

Adequada

Recomendações:

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

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

Continuação do Parecer: 4.789.903

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

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

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

Lembre-se que:

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

Em caso de dúvida:

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

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

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

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

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

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

Continuação do Parecer: 4.789.903

página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 11 de Junho de 2021

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

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

Fonte: projeto base "Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária"

2.1.11.3 Anexo C: normas da revista Cadernos de Saúde Coletiva.

Instruções aos autores

- Escopo e política

Os Cadernos de Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.

Conflito de Interesses: todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.

Questões éticas: todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.

Autoria: Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no Documento de responsabilidade pela autoria.

Imagem 1: documento de responsabilidade pela autoria.

CSC Cadernos
Saúde Coletiva

Documento de responsabilidade
pela autoria

Eu, (*nome*), atesto minha participação na autoria do artigo (*título*) nos seguintes termos:

“Declaro que participei o bastante do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Declaro que o artigo representa um trabalho original e que nem este, nem outro trabalho com conteúdo semelhante, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista.”

“Declaro que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente fornecendo os dados nos quais o manuscrito está baseado, para que seja avaliado pelos editores.”

Contribuição:

Local, data

Assinatura

Fonte: Cadernos de Saúde Coletiva (*Scielo*).

Processo de julgamento: os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.

Pré-análise: a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares: os artigos selecionados na pré-análise são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A revista adota softwares livres para identificação de plágio.

Forma e preparação de manuscritos:

São aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês, para as seguintes seções:

Quadro 6: normas para forma e preparação de manuscritos.

Tipo de Manuscrito	*Palavras	Tabelas e Figuras	Resumo
Artigos originais**	4000	5	Estruturado, até 200 palavras
Revisões sistemáticas ou de escopo	4500	5	Estruturado, até 200 palavras
Debate	6000	8	Não estruturado, até 200 palavras
Artigos originais (Estudos qualitativos)	4000	5	Não estruturado, até 200 palavras
Comunicação breve	2000	2	Estruturado, até 200 palavras

Fonte: Cadernos de Saúde Coletiva (*Scielo*).

Observação: a revista não aceita revisões narrativas ou integrativas.

* O número máximo de palavras não inclui o resumo, as tabelas e/ou figuras e referências.

**Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Documentos necessários:

A folha de rosto deve conter:

- Título do trabalho na língua original e em inglês e, no caso de o artigo original ser em inglês, título também em português (até 50 palavras)
- Título resumido (até 50 caracteres)

- Nome dos autores
- ORCID dos autores
- Titulação dos autores
- Vínculo institucional dos autores
- E-mail do autor correspondente
- Endereço completo do autor correspondente
- Agradecimentos. Pessoas ou Instituições que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria (opcional).

Resumo

O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho (até 200 palavras).

Para as seções aplicáveis, o resumo deve ser estruturado em Introdução, Objetivo, Método, Resultados e Conclusão.

Todos os artigos submetidos em Português ou Espanhol deverão ter resumo na língua principal e sua tradução em Inglês (Abstract). No caso de artigo submetido em Inglês, o resumo deve ser apresentado também em Português.

Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Documento de responsabilidade de autoria: é necessário o envio, no ato da submissão, do documento de responsabilidade de autoria, assinado por cada um dos autores. Documento de responsabilidade de autoria.

Documento principal: o documento principal não pode conter identificação dos autores.

Deve-se iniciar o documento principal com o título do artigo, Resumo e Abstract, e palavras chave, nos dois idiomas. Em seguida, o texto do manuscrito, dividido em subitens.

Ilustrações: o número máximo de ilustrações deve seguir a tabela informada acima. Em caso de exceções do número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.), estas deverão ser justificadas por escrito, em anexo à folha de rosto).

Tabelas: as tabelas devem ser apresentadas no corpo do texto, no local em que devem ser inseridas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ter título breve, com local e ano dos dados apresentados ano final do título.

Cabe ressaltar que a tabela deve ser autoexplicativa, evitando, desta forma, abreviações. As abreviações que forem necessárias, assim como outras notas

explicativas, devem estar descritas na nota de rodapé da tabela, mesmo que já tenham sido citadas no texto.

Figuras: as fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi..

Equações: as equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Referências: a norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

Submissão de manuscritos

O sistema que a revista utiliza para submissão dos artigos é o ScholarOne, que pode ser acessado pelo site <https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>. Os autores deverão se cadastrar no sistema da revista para a submissão de manuscritos, que deverão ser enviados online. O acompanhamento do andamento dos manuscritos também deve ser feito por meio do sistema. Os contatos necessários com o autor serão realizados por e-mail.

Informações gerais

O periódico Cadernos Saúde Coletiva não cobra taxas para submissão e avaliação de artigos

A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

O endereço eletrônico da revista é: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/>.
Dúvidas e comunicações deverão ser feitas pelo e-mail: cadernos@iesc.ufrj.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O presente relatório objetiva detalhar as atividades realizadas no transcorrer dos componentes curriculares Trabalho de Curso II e Trabalho de Curso III cursados, respectivamente, nos semestres letivos 2022-02 e 2023-01. Busca esclarecer a importância do tema do projeto de pesquisa, assim como elucidar as alterações que foram necessárias e os caminhos percorridos até sua finalização.

Atualmente, sabe-se que as doenças cardiovasculares se configuram como a principal causa de morte e morbidade, tanto em países desenvolvidos quanto em emergentes, não sendo diferente no Brasil. Assim como, entende-se que tanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quanto os fatores de risco relacionados a ela, se perpetuados, podem resultar no surgimento de outros problemas cardiovasculares agudos ou crônicos.

Nesse sentido, ao considerar que, durante as experiências e situações vivenciadas nas práticas ambulatoriais de outros componentes curriculares, era corriqueiro encontrar pacientes jovens (20 a 59 anos) com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por vezes, aliada a outras comorbidades (como dislipidemia, diabetes mellitus, entre outras), decidiu-se que o tema do Trabalho de Curso pautar-se-ia na prerrogativa de realizar algo relacionado à HAS e à Atenção Primária. O intuito era utilizar a pesquisa como subsídio à Secretaria de Saúde do Município. Afinal, a implementação de políticas públicas de saúde, que a longo prazo resultem em envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida, em uma população em que a expectativa de vida vem aumentando, são extremamente necessárias. Diante do pressuposto, em reunião com o orientador do presente trabalho, Gustavo Olszanski Acrani, ainda no primeiro semestre letivo de 2022, surgiu o tema: “Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Outros Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Adultos Atendidos na Atenção Primária à Saúde”, e a possibilidade de adentrar em um projeto de pesquisa já institucionalizado pela UFFS, a fim de coletar os dados.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o presente Trabalho de Curso foi dispensado de tramitação em Comitê de Ética. Afinal, o projeto base em que está inserido: “Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo aprovado pelo parecer de número 4.769.903, exibido pelo Anexo B do projeto, o qual atende à resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde. No referido projeto base, a amostra foi composta por subconjuntos de diferentes faixas etárias: crianças e adolescentes (0-19 anos); adultos (20 a 59 anos) e idosos (idade igual ou superior a 60 anos). Diante disso, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%, uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total dos desfechos de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2, estimou-se um n de 1234 para cada subconjunto.

Neste prisma, para chegar aos 1234 participantes adultos, realizou-se uma amostragem sistemática, a partir das listas de agendamento para consulta médica e de enfermagem no ano de 2019, extraídas do sistema de prontuários integrados das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município, denominado Gestão Municipal de Saúde (G-MUS). No total foram identificados 6179 pacientes adultos com agendamento de consulta. Considerando a possibilidade de exclusão de pacientes devido ao óbito, gestação ou não realização de consulta, optou-se por selecionar sistematicamente (intervalo de três unidades) 2061 prontuários para garantir o n estimado na amostra final. Assim, feitas as devidas exclusões e finalizada a coleta de dados a amostra de adultos foi constituída por 1581 indivíduos.

No que tange a metodologia do presente Trabalho de Curso, tratou-se de um estudo quantitativo, observacional transversal, de caráter descritivo. Teve por finalidade quantificar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e de outros fatores de risco às doenças cardiovasculares em pacientes adultos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Marau, no transcorrer do ano de 2019 (01/01 a 31/12/2019). Cabe ressaltar que o município, com suas doze Unidades Básicas de Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família, possui 100% de seu território com possibilidade de atendimento pelo SUS.

A coleta de dados, do projeto de pesquisa, foi realizada por 45 acadêmicos voluntários ou bolsistas. A cada participante, destinou-se uma planilha eletrônica composta por uma lista de aproximadamente 47 potenciais participantes e seus respectivos números de prontuários (previamente selecionados conforme especificado anteriormente). Os prontuários estavam disponíveis no G-MUS, e foram acessados através de um *login* e senha disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde à equipe da pesquisa da qual eu ingressei como voluntária.

A coleta possuiu um prazo de dois meses (iniciando em Julho de 2022 e terminando no final de Agosto do mesmo ano – com exceção dos acadêmicos que

encontraram dificuldades para acessar o G-MUS e que, por conta disso, tiveram o prazo prorrogado). Especificamente em meu caso, a coleta foi realizada no transcorrer do mês de Agosto de 2022, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Ivana Lidermann e do Prof.^a Dr. Gustavo Olszanki Acrani, sem intercorrências para acessar os prontuários, bem como para transcrever os dados no *software* EpiData versão 3.1 (distribuição livre).

Após a limpeza e organização do banco de dados, realizada pela equipe do projeto base, as análises estatísticas foram realizadas no *software* PSPP (distribuição livre) e compreenderam: a análise da frequência absoluta e da frequência relativa das variáveis analisadas. A partir da amostra total (n=1581), calculou-se a prevalência de hipertensão. Especificamente na amostra de adultos com HAS (n=313; 19,8%), foram avaliados os demais fatores de risco sendo esses modificáveis ou não. Cabe enfatizar o que se entende por fatores de risco não modificáveis: sexo; idade; etnia, escolaridade e ocupação. E, por fatores de risco modificáveis: sobrepeso e obesidade – por meio do IMC-, diabetes mellitus – tipo um ou dois -, dislipidemia, presença de acontecimentos cardiovasculares – AVC/ derrame; doença cardíaca prévia - hipercolesterolemia – colesterol total e frações HDL e LDL, hipertrigliceridemia – triglicerídeos-) assim como por fatores modificáveis comportamentais (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; prática de atividade física autorreferida).

Ressalta-se que o acesso ao banco de dados e o início das análises estatísticas deram-se em março de 2023 tendo como fim o mês de maio do mesmo ano. Notou-se uma prevalência de HAS de 19,8%. Com base na caracterização da amostra dos hipertensos, tem-se que: 71,2% eram brancos; 64,5% eram mulheres; 56,9% possuíam entre 50 e 59 anos; 44,4% não completaram o ensino fundamental e 16,9% era desempregado ou pensionista. Quanto aos fatores de risco modificáveis, destacam-se falta ou não relato de prática de atividade física (97,1%); obesidade (58,8%), diabetes mellitus (24%) e dislipidemia (23%). Quanto a concomitância de fatores de risco, 86,3% da amostra possuía de um a três fatores de risco concomitantes a HAS.

Por fim, configura-se relevante ressaltar que os resultados obtidos foram compilados na forma de um artigo científico, conforme as normas da revista selecionada (Anexo C). Nesse sentido, com base no tema escolhido para a elaboração do presente trabalho de curso, decidiu-se submeter o artigo científico à revista “Cadernos Saúde Coletiva”.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DE OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PREVALENCE OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND OTHER RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN ADULTS ATTENDED IN PRIMARY HEALTH CARE

Tauana Variza¹

Renata dos Santos Rabello²

Gustavo Olszanski Acrani³

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus
Passo Fundo, RS.

² Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus
Passo Fundo, RS.

³ Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus
Passo Fundo, RS.

Autor correspondente: Tauana Variza; Curso de Medicina – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS. Rua Capitão Araújo, 20 – Centro. CEP: 99010-121. tauvariza@gmail.com ; tauana.variza@estudante.uffs.edu.br .

O artigo será formatado e, após a defesa de TC, submetido à apreciação no
(Cadernos de Saúde Coletiva)

RESUMO:

Introdução: As doenças cardiovasculares configuram-se como a principal causa de morte e morbidade tanto em países desenvolvidos quanto em emergentes. Entende-se que tanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quanto os fatores de risco relacionados a ela, se perpetuados, podem resultar no surgimento de outros problemas cardiovasculares agudos ou crônicos. **Objetivo:** quantificar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e de outros fatores de risco às doenças cardiovasculares, em pacientes adultos, atendidos em unidades básicas de saúde de Marau, no transcorrer do ano de 2019. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, com 1581 prontuários selecionados através de amostragem sistemática. Após o cálculo da prevalência de hipertensão, a subamostra com HAS foi caracterizada e utilizada para analisar a prevalência de outros fatores de risco às doenças cardiovasculares. Os fatores de risco foram considerados como não modificáveis (escolaridade; etnia; idade; ocupação; sexo biológico) ou modificáveis (diabetes mellitus; dislipidemia; estresse; etilismo; obesidade - através do IMC -; sedentarismo; tabagismo). **Resultados:** a prevalência de hipertensão foi 19,8% (313 indivíduos possuíam HAS em uma amostra de 1581 prontuários). Na amostra com HAS, 71,2% eram brancos; 64,5% eram do sexo feminino; 56,9% possuíam entre 50 e 59 anos e 44,4% não haviam concluído o ensino fundamental. Diante dos fatores de risco modificáveis, destacam-se: o sedentarismo (97,1%); a obesidade (58,8%); o sobrepeso (27%); o diabetes (24%) e a dislipidemia (23%). Os tabagistas totalizaram 9,9% e 4,5% eram etilistas. **Conclusão:** em uma sociedade marcada pelo aumento na expectativa de vida, prioriza-se o envelhecimento com qualidade de vida! Nesse sentido, a Atenção Primária em Saúde desponta como o meio facilitador para que os hipertensos possam reduzir as complicações inerentes às doenças cardiovasculares, prevenindo assim, o aparecimento de outras comorbidades a longo prazo.

Palavras - chave: Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Fatores de Risco.

ABSTRACT:

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of death and morbidity in both developed and emerging countries. It is understood that both Systemic Arterial Hypertension (SAH) and the risk factors related to it, if perpetuated, they can result in the emergence of other acute or chronic cardiovascular problems. **Objective:** to quantify the prevalence of Systemic Arterial Hypertension and other risk factors for cardiovascular diseases, in adult patients, treated as basic health units in Marau, during the year 2019. **Methodology:** this is a cross-sectional study of character descriptive, totaling 1581 records selected through systematic sampling. After calculating the prevalence of hypertension, the subsample with SAH was characterized and used to analyze the prevalence of other risk factors for cardiovascular disease. Risk factors were considered non-modifiable (age; biological sex; ethnicity; scholary; occupation) or modifiable (alcoholism; diabetes mellitus; dyslipidemia; obesity - through BMI -; physical inactivity smoking; stress). **Results:** the prevalence of hypertension was 19.8% (313 individuals had SAH in a sample of, 1581 medical records). In the sample with SAH, 71.2% were white; 64.5% were female; 56.9% were between 50–59 years old and 44.4% had not completed elementary school. In view of the modifiable risk factors, the following stand out: sedentary lifestyle (97.1%); obesity

(58.8%); overweight (27%); diabetes (24%) and dyslipidemia (23%). Smokers totaled 9.9% and 4.5% were alcoholics. **Conclusion:** in a society marked by increased life expectancy, aging with quality of life is prioritized! In this sense, Primary Health Care emerges as the facilitating means for hypertensive patients to reduce the complications inherent to cardiovascular diseases, thus preventing the appearance of other comorbidities in the long term.

Key- words: Cardiovascular Diseases; Hypertension; Risk Factors.

INTRODUÇÃO:

Até 1940, as principais causas de morbimortalidade, em território nacional, eram infecto contagiosas. Com o avanço da ciência, da vacinação e da higiene, a transição epidemiológica foi responsável, década após década, pelo aumento da expectativa de vida e por uma mudança nesse panorama. Doenças como tétano, coqueluche, difteria, sarampo, poliomielite e rubéola, cederam espaço às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹.

Atualmente, as DCNT são responsáveis por mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais². Seguindo a tendência mundial, no Brasil, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV). Em 2019, elas foram responsáveis por um total gasto de R\$ 9.378.278, em hospitalizações². Quanto as DCV, mostra-se relevante atentar-se à hipertensão arterial sistêmica (HAS) que de maneira, diversas vezes, assintomática culmina em prejuízos à microcirculação e a órgãos- alvo, dentre eles o próprio sistema cardiovascular.

Ao questionar-se sobre HAS, pensa-se na doença crônica e silenciosa que acomete milhões de pessoas tanto em países desenvolvidos quando em países em desenvolvimento, como o Brasil. Afinal, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3%, em 2017, no território nacional³. Seguindo essa tendência, em consultas ambulatoriais, é rotineiro deparar-se com pacientes que referem a prerrogativa “posso pressão alta”, quando questionados sobre comorbidades ou fármacos ingeridos.

Desde o Estudo de Framingham⁴, sabe-se que os mesmos fatores que culminam com o desencadeamento da HAS, com o transcorrer do tempo e com a persistência dos estímulos, corroboram a manifestação de outras doenças cardiovasculares como: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular

encefálico (AVE), insuficiência cardíaca (IC), entre outras⁵. Entre os fatores de risco relacionados a ela, podem se destacar: idade, raça/cor; escolaridade; tabagismo; etilismo; sobrepeso e obesidade; diabete mellitus; colesterol total; HDL; LDL; triglicerídeos; sedentarismo⁶.

Muito se sabe sobre a fisiopatologia da HAS, sobre os fatores de risco e sobre as demais DCV. Para além disso, é preciso compreender o Sistema Único de Saúde (SUS), importante meio no qual a população busca por cuidados. A Atenção Primária em Saúde (APS) caracteriza-se por ser a porta de entrada de pacientes a esse sistema, bem como é um disseminador de informação e desponta como um importante local para promoção e prevenção de saúde. Através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o cuidado à população é organizado. Marau, por exemplo, conta com doze ESF, totalizando 100% do seu território com cobertura SUS.

Sabendo que as DCNT resultam na piora da qualidade de vida e na perda de anos de serviço da população adulta, o presente trabalho objetivou analisar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em adultos, atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS; avaliar a prevalência dos demais fatores de risco para doenças cardiovasculares, assim como as características sociodemográficas da amostra com HAS. O estudo visou emergir como uma forma de intervir, na saúde primária, a fim de retardar e, por vezes, evitar complicações oriundas de tais comorbidades, melhorando o processo de envelhecimento da população, em uma sociedade em que os índices de expectativa de vida são crescentes.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo transversal realizado na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS), do município de Marau/RS, no transcorrer de julho de 2022 a julho de 2023. Configura-se como um recorte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado: “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, parecer número 4.769.903.

A amostra foi composta por adultos, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 59 anos, atendidos pela equipe médica e de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019. Estimou-se, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%, uma razão de não

expostos/expostos de 5:5, prevalência total dos desfechos de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2, um n de 1.234 indivíduos. Tendo como base os 6.179 pacientes adultos, com agendamento de consulta em 2019, optou-se por selecionar sistematicamente (intervalo de três unidades) 2.061 prontuários a fim de garantir o n estimado na amostra. Como critério de exclusão, considerou-se os indivíduos que vieram a óbito no período avaliado pela pesquisa, bem como ser gestante ou não ter comparecido à consulta. Após as devidas exclusões e finalizada a coleta de dados, a amostra final de adultos foi constituída por 1.581 indivíduos. Os dados foram coletados por meio de prontuários acessados, de maneira eletrônica, pela equipe da pesquisa da qual a autora deste trabalho de curso fez parte. A lista de pacientes foi obtida diretamente com a secretaria de saúde do município.

A amostra total foi utilizada a fim de se calcular a prevalência de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população pesquisada, e desta foi selecionada uma subamostra, composta por todos os indivíduos hipertensos, com o intuito de fazer sua caracterização e avaliar a prevalência dos demais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares a longo prazo.

Para avaliar a presença ou não de HAS, utilizou-se a variável “Tem Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim, Não”. Para entender o perfil dessa subamostra foram analisadas variáveis sociodemográficas (idade; sexo; raça/cor; escolaridade; situação no mercado de trabalho). A fim de caracterizar os fatores de risco foram utilizados dados sociodemográficos e de saúde, alguns se configurando como variáveis não modificáveis e modificáveis.

Fatores de risco não modificáveis: sexo biológico; idade – agrupada de acordo com as seguintes faixas etárias: 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50–59 anos-; raça/cor, escolaridade e ocupação. Fatores de risco considerados modificáveis, de saúde: diabetes mellitus (“Tem Diabetes Mellitus? Sim, Não”; “Qual o tipo de DM? Tipo 1; Tipo 2; informação não localizada); dislipidemia (“Teve dislipidemia? Sim, Não); doença cardíaca prévia (“Teve infarto? Sim, Não”; “Tem doença cardíaca/do coração? Sim, Não”; “Teve AVC/derrame? Sim, Não); hipercolesterolemia: colesterol total (valores \geq 240 mg/dl considerados altos) e frações HDL (resultados $<$ 60 mg/dl considerados baixos, resultando em um risco médio ou aumentado); LDL (resultados \geq 160mg/dl sendo esses altos ou muito altos). Hipertrigliceridemia (resultados \geq 200 mg/dl sendo altos ou muito altos). Sobrepeso e obesidade – por meio do IMC - eutrofia

(valores $\leq 24,9$ kg/m²); sobrepeso (valores ≥ 25 e < 30 kg/m²); obesidade (valores ≥ 30 kg/m²). Doença Renal (“Tem ou teve problema nos rins? Sim, Não. Qual?”).

Fatores de risco modificáveis, comportamentais: tabagismo (“Está fumante? Sim, Não”); consumo de bebida alcoólica (“Faz uso de álcool? Sim, Não”); autorrelato de atividade física (Sim, Não/ não informado).

Por fim, analisou-se a quantidade de fatores de risco coexistentes. Ao todo, 14 fatores de risco modificáveis foram agrupados - autorrelato de atividade física; acidente vascular encefálico (AVC); Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); diabetes mellitus; doença cardiovascular; doença renal; etilismo; Índice de Massa Corporal (IMC); tabagismo; valores de: colesterol total; LDL; HDL e triglicerídeos - nas seguintes categorias: pacientes com apenas um fator de risco; pacientes com dois a três fatores de risco; pacientes com quatro a seis fatores de risco e pacientes com sete ou mais fatores de risco.

Os dados foram extraídos diretamente do sistema de gestão de prontuários do município para um banco no software Epidata (distribuição livre) e as análises foram realizadas no programa livre PSPP. A análise estatística consistiu na distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis analisadas e no cálculo da prevalência de HAS em relação à amostra total, utilizando como numerador o número de pessoas com diagnóstico de HAS e denominador o total da amostra.

RESULTADOS:

Entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2019, dos 1.581 prontuários selecionados, após amostragem sistemática, 313 participantes eram hipertensos, obtendo-se assim uma prevalência Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de 19,8%. Na subamostra, composta somente pelos portadores de HAS, 71,2% dos indivíduos autodeclararam-se brancos; 64,5% eram mulheres; 56,9% com idade entre 50 e 59 anos; 44,4% não concluíram o ensino fundamental e, 16,9% ou estava desempregado ou não trabalhava. (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e fatores de risco não modificáveis de indivíduos com diagnóstico de HAS atendidos na rede básica de saúde. Marau-RS. Janeiro a dezembro de 2019. (n=313)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	202	64,5
Masculino	111	35,5
Idade (n=281)		
20-29 anos	10	3,6
30-39 anos	25	8,9
40-49 anos	86	30,6
50-59 anos	160	56,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	139	44,4
Ensino Fundamental Completo	37	11,8
Ensino Médio Completo	46	14,7
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	8	2,6
Nenhum/não condizente com a idade	2	0,6
Não informado	81	25,9
Naturalidade		
Marau	234	74,8
Outro	79	25,2
Raça/cor		
Branco	223	71,2
Não Branco	90	28,8
Situação no Mercado de Trabalho		
Assalariados	126	40,3
Aposentado/pensionista	56	17,9
Desempregado/não trabalha	53	16,9
Não Informado	64	20,4
Outro	14	4,5

Fonte: própria.

Quanto aos fatores de risco modificáveis comportamentais, 97,1% dos hipertensos ou não pratica atividade física ou não informou o exercício durante a consulta. Um total de 9,9% deles era tabagista e 4,5% etilista. A prevalência de obesidade foi de 58,8% e a de sobrepeso 27%. A prevalência de Diabetes Mellitus foi de 24% e a de dislipidemia foi de 23%. Quanto a hipercolesterolemia e o colesterol total, 17,1% possuem resultados considerados altos. No que concerne às frações, 80,5% da amostra possuía níveis de HDL baixos, resultando em um risco médio ou aumentado e 9,3% resultados de LDL alto ou muito alto. Quanto a hipertrigliceridemia, 27,4% possuíam resultados altos ou muito altos. (Tabela 2).

Tabela 2: Fatores de risco modificáveis, comportamentais e de saúde, de indivíduos com diagnóstico de HAS, atendidos na rede básica de saúde. Marau-RS. Janeiro a dezembro de 2019. (n=313).

Variáveis	n	%
Fatores Comportamentais		
Autorrelato de Atividade Física		
Não/não informado	304	97,1
Sim	9	2,9
Etilismo		
Não/ não informado	299	95,5
Sim	14	4,5
Tabagismo		
Não/ não informado	282	90,1
Sim	31	9,9
Fatores de Saúde		
Colesterol Total (n=105)		
Desejável	52	49,5
Limítrofe	35	33,3
Alto	18	17,1
HDL* (n=113)		
Nível alto/risco baixo	22	19,5
Nível baixo/ risco médio ou aumentado	91	80,5
LDL** (n=107)		

Ideal	34	31,8
Desejável	32	29,9
Limítrofe	31	29,0
Alto	9	8,4
Muito Alto	1	0,9
Dislipidemia		
Não/ não informado	241	77,0
Sim	72	23,0
Diabete Mellitus (DM)		
Não/ não informado	238	76,0
Sim	75	24,0
Tipo de Diabetes (n=75)		
Diabetes Mellitus Tipo 1	2	2,7
Diabetes Mellitus Tipo 2	46	61,3
Informação não localizada	27	36,0
Índice de Massa Corporal (IMC)		
(n=233)		
Eutrofia	33	14,2
Sobrepeso	63	27,0
Obesidade	137	58,8
Triglicerídeos (n=106)		
Desejável	51	48,1
Limítrofe	26	24,5
Alto	27	25,5
Muito alto	2	1,9

Fonte: própria. *HDL: lipoproteína de alta densidade. **LDL: lipoproteína de baixa densidade.

No que concerne aos acontecimentos cardiovasculares prévios, 5,8% possuía doença cardíaca pregressa. O Acidente Vascular Encefálico (AVC) estava presente em 3,5% da amostra e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em 1,6%. Quanto aos problemas renais: apenas 3,5% possuíam ou já tiveram problemas nos rins, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3: Acontecimentos Cardiovasculares e Renais de indivíduos com diagnóstico de HAS, atendidos na rede básica de saúde. Marau-RS. Janeiro a dezembro de 2019. (n=313).

Acontecimentos Cardiovasculares	n	%
Acidente Vascular Encefálico (AVE/AVC)		
Não/ não informado	302	96,5
Sim	11	3,5
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)		
Não/ não informado	308	98,4
Sim	5	1,6
Doença Cardíaca Prévia		
Não/ não informado	295	94,2
Sim	18	5,8
Qual doença cardíaca? (n=18)		
Insuficiência Cardíaca	3	16,7
Outra	12	66,7
Não soube informar	3	16,7
Internação nos últimos doze meses		
Não/ não informado	293	93,6
Sim	20	6,4
Motivo da Internação (n=20)		
Internações relacionadas a problemas cardiovasculares	11	55,0
Outro	9	45,0
Doenças renais		
Não/ não informado	302	96,5
Sim	11	3,5
Qual doença renal (n=11)		
Insuficiência Renal	3	27,3
Outro	7	63,6
Não sabe	1	9,1
Realiza Terapia Renal Substitutiva (n=234)		
Não/ não informado	233	99,6
Sim	1	0,4
Qual terapia renal substitutiva	1	100,0

Hemodiálise	1	100,0
-------------	---	-------

Fonte: própria.

Observa-se que 86,3% da amostra possui até três fatores de risco concomitantemente. Quanto a faixa etária, o maior número de indivíduos agrupados por quantidade de fator de risco diz respeito aos 50-59 anos (apenas 1 fator de risco: 63 indivíduos; de dois a três fatores de risco: 72 indivíduos; de quatro a seis fatores de risco: 22 indivíduos; sete ou mais de sete fatores de risco: 3 indivíduos). Quanto ao sexo, a maior parte dos homens apresenta de dois a três fatores de risco de forma concomitante (43,2%). Enquanto as mulheres, 50,9% delas apresenta apenas um fator de risco. (Tabela 4).

Tabela 4: Agrupamento de fatores de risco (FR) modificáveis de acordo com o sexo biológico e com a faixa etária de indivíduos hipertensos, atendidos em unidades básicas de saúde, no município de Marau/RS. Janeiro a dezembro de 2019. (n=313).

	Apenas 1 *FR	De 2 a 3 *FR	De 4 a 6 *FR	7 ou mais *FR
Fatores de Risco Modificáveis (n=313)	143 (45,7%)	127 (40,6%)	39 (12,5%)	4 (1,3%)
Sexo (n=313)				
Feminino	103 (50,9%)	79 (39,1%)	18 (8,9%)	2 (1%)
Masculino	40 (36,0%)	48 (43,2%)	21 (18,9%)	2 (1,8%)
	143	127	39	4
Idade (n=281)				
20 – 29 anos	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0 0	0 0
30-39 anos	15 (60,0%)	6 (24,0%)	3 (12,0%)	1 (4,0%)

40 – 49 anos	45 (52,3%)	29 (33,7%)	12 (13,9%)	0 0
50 -59 anos	63 (39,3%)	72 (45,0%)	22 (13,7%)	3 (1,8%)
	127	113	37	4

Fonte: própria. *FR: fator de risco.

DISCUSSÃO:

O presente estudo revela que, na amostra analisada, a prevalência de HAS foi 19,8%. Tal dado encontra respaldo em estudos antecessores, ao considerar um trabalho, com amostragem semelhante, realizado em Pelotas, em 1994, que também encontrou uma prevalência de 19,8%⁷. Já em 2018, em Santa Catarina, em uma amostra de 149 pessoas, 19,5% eram hipertensos⁸. Em perspectiva nacional, ao considerar apenas o autorrelato de HAS, a prevalência em 2019, foi 21,4%⁵, semelhante ao resultado encontrado no presente trabalho. Entretanto, quando se considera o uso de anti-hipertensivos ou os resultados da aferição da PA para a determinação de presença de HAS, tal índice sobe para 32,3%⁵. Valores semelhantes são encontrados em outros trabalhos: 36,4%⁹; 32,7%¹⁰; 29,9%⁶; 26,7%¹¹. Tais evidências comprovam que a prevalência de hipertensão no município de Marau configura-se abaixo dos índices nacionais.

Quanto aos fatores de risco, reconhece-se que os não modificáveis (raça/cor; sexo biológico; idade; escolaridade) podem ser incluídos dentro da análise sociodemográfica da subamostra. A porcentagem de autodeclarados brancos, na amostra de hipertensos, foi 71,2% em detrimento dos não brancos (28,8%), dados que se aproximam da composição da população do Rio Grande do Sul, que é majoritariamente branca. Segundo dados de 2019, a população gaúcha é composta por 79% de pessoas brancas e 21% de negras¹².

Em relação ao sexo biológico, adultos do sexo masculino são os detentores dos maiores índices de hipertensão⁵. Entretanto, no presente trabalho, o sexo mais prevalente entre os hipertensos foi o feminino (64,5%). Apesar da divergência, tal

dado dialoga com a amostra dos 23,03% de hipertensos, com prevalência maior no sexo feminino¹³ e com os 31,7% de mulheres hipertensas⁶ reveladas por outro estudo.

Quanto à idade, a tendência é que, devido ao enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias, com o passar dos anos, a pressão em indivíduos próximos da velhice possua níveis mais elevados que nos jovens⁵. Comprovando tal prerrogativa, a faixa etária mais acometida, no presente trabalho, foi entre 50-59 anos de idade (56,9%). Dado que se aproxima de um estudo em que 47,71% dos indivíduos estavam na faixa etária entre 50 e 59 anos¹³, elucidando-se o fato de que quanto mais próximo da classificação “idoso”, maiores são os índices de HAS.

Estudos afirmam que quanto menor a escolaridade, maiores são os índices de HAS, uma vez que foram observadas maiores prevalências de hipertensão arterial nas pessoas com menor escolaridade, independentemente dos anos estudados e do sexo¹⁴. No presente estudo, entre os indivíduos com HAS, 44,4% das pessoas não possui ensino fundamental completo, enquanto 16,9% ou está desempregada ou não trabalha. Quanto aos fatores de risco modificáveis e os aspectos comportamentais, a frequência dos que não praticam ou não informaram a prática de atividade física foi 97,1%. Em um estudo que avaliou apenas mulheres hipertensas, o sedentarismo esteve presente em 80,68% da amostra¹⁵, valor que também chama atenção por ser elevado. Os tabagistas totalizam 9,9%. Estudos variam no que tange a prevalência de tabagismo, alguns trazendo 11,4%⁸ outros 16,9%¹⁶. Cabe ressaltar, que este último levou em consideração indivíduos adultos e idosos. O percentual de etilistas foi de 4,5%, tal dado é semelhante ao encontrado em outro estudo que trouxe 5,5% de consumidores regulares de bebidas alcoólicas¹⁶.

A prevalência de DM na presente amostra foi de 24%. Quando a hipertensão está associada ao diabetes, potencializa o risco de desenvolver doenças cardiovasculares¹⁴. O valor encontrado pelo presente estudo é semelhante ao identificado por outro artigo que trouxe a prevalência de DM, em Hipertensos, sendo 19,5%¹⁴. Cabe ressaltar que, quando levado apenas em consideração a presença de DM, a prevalência cai para 9,2%, em território nacional¹⁷. Dos hipertensos, 23% são dislipidêmicos. Tal dado, distancia-se dos 6%⁸ trazidos por outro estudo. Reitera-se que, a dislipidemia é um fator de risco cardiovascular relevante, principalmente no que tange o desenvolvimento de aterosclerose¹⁸. Afinal, a formação da placa inicia-se com

a agressão ao endotélio vascular por diversos fatores de risco, como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo¹⁹.

A obesidade é uma doença crônica multifatorial caracterizada pelo armazenamento excessivo de gordura corporal, gerando riscos à saúde²⁰. Sabe-se que os indivíduos obesos são mais predispostos à ocorrência de eventos cardiovasculares que indivíduos com peso normal²¹. Dos hipertensos analisados, 58,8% eram obesos e 27% possuíam sobrepeso. Tais números dispendem atenção, visto que, quando analisados apenas os índices de obesidade, em território nacional, tem-se o excesso de peso atingindo 60,3% e a obesidade 25,9%²², dados que são praticamente inversos aos encontrados nos indivíduos hipertensos do presente estudo.

No que tange os acometimentos cardiovasculares prévios, HAS é o fator de risco mais comum de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e de hemorragia intracerebral²³. Na amostra de hipertensos, apenas 3,5% apresentou quadro de AVC prévio, praticamente um índice três vezes menor do que o trazido por um estudo realizado no Piauí (11,6%)²⁴. No entanto, ao questionar sobre a existência de uma Doença Cardiovascular prévia, o índice sobre para 5,8%. Dos que ficaram internados em ambiente hospitalar, nos doze meses que precederam a consulta, 55% foi devido a causas cardiovasculares. Evidenciam-se, aqui, os elevados gastos dispendidos ao tratamento de complicações decorridas de doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto a concomitância de fatores de risco, na faixa etária entre 50-59 anos, 45% da amostra possuía de dois a três fatores de risco concomitantemente. Outro estudo encontrou um dado que se aproxima (40,38%). Todavia, esses hipertensos de 50 a 59 anos possuíam cinco ou mais fatores de risco cardiovascular¹³. Ao analisar a amostra da faixa etária entre 50-59 anos, do presente estudo, com mais de quatro fatores de risco, tem-se o dado de 15,5%. Tal valor é menor do que os 40,38%¹³ citados anteriormente. Para os que possuíam entre 20 e 29 anos, 60% detinha de dois a três fatores de risco. Apesar de representar 60%, a quantidade de hipertensos nesta faixa etária, com essas características, é doze vezes menor que a quantidade totalizada na faixa etária entre 50-59 anos. Corroborando com o fato de que os indivíduos com idade entre 50 e 59 anos têm 5,35 vezes mais chances de serem hipertensos do que os de 20 aos 29 anos¹³. Quanto ao sexo biológico, 8,9% das mulheres possuem quatro ou mais fatores de risco ao mesmo tempo. Enquanto, 18,9% dos homens encaixam-se na mesma categoria.

Por fim, como limitações do estudo, encontram-se os fatos de que, por tratarem-se de dados secundários, algumas informações podem ter passado despercebidas pelo pesquisador. Assim como, existe o viés do paciente – que durante a consulta pode esquecer de informar algum dado, e o do entrevistador – que pode deixar de perguntar algo-. Reitera-se que perguntas importantes como histórico familiar; autopercepção de estresse; qualidade de sono; ingestão de sal (que seriam relevantes para o trabalho), não estavam contidas no formulário de coleta utilizado.

Finaliza-se a discussão reafirmando a importância da APS como seguimento de entrada e continuidade dos indivíduos ao sistema de saúde. Afinal, praticamente 20% dos adultos que buscaram atendimento nas ESF do município de Marau, no transcorrer do ano de 2019, apresentam HAS e, destes, 86,3% possuem de um a três fatores de risco atuando de forma concomitante. Mais de 97% declararam-se sedentários ou não informaram a prática de atividade física; mais de 58,8% encontravam-se obesos e 17,1% possuíam o colesterol total alto. Tais dados preocupam uma vez que representam fatores comportamentais modificáveis. Fato que, reforça o olhar individualizado que tais pacientes precisam receber, afinal é possível que além da hipertensão, eles possuam outros fatores de risco para DCV e lesões à órgãos – alvo.

CONCLUSÃO:

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morte e perda de capacidade laboral, na sociedade atual. Caracterizando-se como uma DCV, a Hipertensão Arterial Sistêmica possui aspectos peculiares. Afinal, trata-se de uma doença silenciosa, não transmissível, que a longo prazo cursa com sérias lesões a órgãos - alvo, tais como rins; cérebro; coração e vasos sanguíneos. Nesse sentido, o presente trabalho configurou-se uma tentativa de devolver ao município de Marau uma análise quanto a presença de HAS, seus fatores de risco, e seus agravos. Emergindo como uma forma de apoiar a atuação da Atenção Primária a Saúde como porta de entrada do serviço de saúde, a fim de retardar e, por vezes, evitar complicações oriundas de tais comorbidades geradoras de sequelas e custos expressivos à rede de atenção. Ansiou, de certa forma, melhorar o processo de envelhecimento da população, em uma sociedade em que os índices de expectativa de vida são crescentes.

REFERÊNCIAS:

- ¹ Vanzella E. editor. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do Sus. [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2019 [cited 2023 May 15]. Available from: https://www.ufpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio-gcet/artigos/o_envelhecimento_a_transicao_epidemiolog.pdf
- ² Oliveira GM, Brant LC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2022 [cited 2023 May 15];118(1):115-373. DOI <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. Available from: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2021/>.
- ³ Governo Federal. Dados de prevalência sobre pressão alta. Estatísticas [Internet]. 2022 Nov 03 [cited 2023 May 16]:01. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao/estatisticas>
- ⁴ Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular diseases: a historical perspective. National Institutes of Health [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 9]:999–1008. DOI 10.1016/S0140-6736(13)61752-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084292/>.
- ⁵ Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021 [cited 2023 May 15];116(3):516-658. DOI 10.36660/abc.20201238. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909761/>.
- ⁶ Lessa Í, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. Arq Bras Cardiol [Salvador]. 2006, dez [cited 2022 Apr 2]; v. 6, n. 87, p. 747-756. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/CrgXFrggQVSqBd6DkVkkcMx/abstract/?lang=pt>.
- ⁷ Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco: systemic arterial hypertension in an urban area of southern Brazil: prevalence and risk factors. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1994 [cited 2023 May 15];28(4):261-267. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HpJSDSGjrWXdhDtgf8RsHqc/?format=pdf&lang=pt> .
- ⁸ Portes MVC, Hentzy RMOC, Merat DA, Merat VSG, Apratto Júnior PC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada a fatores de risco cardiovascular na população de um município da região noroeste fluminense. REINPEC [Brasil]. 2020, jun. [cited 2022 Apr 3]; v. 6, n. 1, p. 219-228. Available from: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/549/459> .
- ⁹ Jardim PCB, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2006, out [cited 2023 Apr 2]. [s. l], v. 4, n. 88, p. 452-457. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/tVzXScBKJrf8stHHVcpmLYx/abstract/?lang=pt#:~:text=Encontrada%20correla%C3%A7%C3%A3o%20positiva%20da%20HA,e%20obesidade%20entre%20os%20homens> .

- ¹⁰ Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Menego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2010, out [cited 2023 Apr 2] [s. l], v. 4, n. 95, p. 502-509, out. 2010. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/PWCyNjxqc93YrNTsb9Dbprh/abstract/?lang=pt> .
- ¹¹ Ministério da Saúde (BR). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2022. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>
- ¹² Augustin AC, Menezes DB, Oliveira LLS, Agranonik M, Oliveira RCG Júnior, Campelo RG, et al. Panorama das desigualdades de raça/cor no RS. Porto Alegre: SPGG/DEE, 2021. (Relatório Técnico). Available from: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/18175612-relatorio-tecnico-dee-panorama-das-desigualdades-de-raca-cor-no-rio-grande-do-sul.pdf>
- ¹³ Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, [Paraná]. 2014, aug [access 2023 march 22] v. 4, n. 22, p. 547-553, ago. 2014. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/98MYtgmbnDSm5rR4pGMgcRk/?format=pdf&lang=pt> .
- ¹⁴ Lobo LAC, Canuto R, Costa JSD, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. Revista Cadernos de Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 30];33 DOI 10.1590/0102-311X00035316. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VH5SydyqSXxQd76GcWJZ5ck/?lang=pt>
- ¹⁵ Nascimento JS, Gomes B, Sardinha AHL. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dec; 12(4):709-15. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4322/3321>
- ¹⁶ Silva DB, Souza TA, Santos CM, Jucá MM, Moreira TMM, Frota MA, et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2011, Jan-mar; 24(1):16-23. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40819112004.pdf>
- ¹⁷ Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS, Schramm JM. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. Cadernos de Saúde Coletiva. 2021. 37(5). 02-17. DOI: 10.1590/0102-311X00076120. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/B9Fhg54pjQ677YVx9g3mHwL/>

- ¹⁸ Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. 2020. Brasília/DF. Available from: www.saude.gov.br/bvs.
- ¹⁹ Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al. Editors. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017 [Internet]. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia: [publisher unknown]; 2017, aug. [cited 2023 Mar 7]. v. 109. N 2, supl. 1. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf
- ²⁰ Malveira AS, Santos RD, Mesquita JLS, Rodrigues EL, Guedine CRC. Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 10];4(2):4164-4173. DOI 10.34119/bjhrv4n2-016. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25557>
- ²¹ Spinelli ACS. Obesidade e hipertensão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 2]; 25(1):23-9. Available from: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1/05_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_25_n1.pdf
- ²² Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde [Internet]. APS. Promoção da saúde e da alimentação saudável: excesso de peso e obesidade. Available from: <https://aps.saude.gov.br/ape/promocaoaude/excesso>
- ²³ Ladeia AM, Lima BGC. Hipertensão arterial sistêmica e comorbidades associadas: relevância epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. Revista Hipertensão, 2014 july/dec; 17(3-4):156-162. Acesso: <https://www.sbh.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Revista-Hipertens%C3%A3o-Vol-17-Num-3-e-4-Jul-Dez-2014.pdf#page=36>.
- ²⁴ Silva E, Borges J, Moreira T, Rodrigues M, Souza A. Prevalência e fatores de risco associados ao acidente vascular cerebral em pessoas com hipertensão arterial: uma análise hierarquizada. Revista de Enfermagem Referência. 2020 Sep 30;V Série(Nº 3)
- ²⁵ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Coletiva. Scielo. 2022, jan. Available from: <https://www.scielo.br/journal/cadsc/about/#instructions>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a elaboração do projeto de pesquisa, da coleta, da análise de dados e da apresentação dos resultados por meio de um artigo científico, concluiu-se que os objetivos do projeto foram cumpridos. Afinal, buscou-se estimar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em adultos, atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS, no transcorrer do ano de 2019. Assim como, descrever as características sociodemográficas desses adultos hipertensos; e, por fim, encontrar a prevalência de sobrepeso/ obesidade, diabetes mellitus e outros fatores de risco às Doenças Cardiovasculares.

Quanto a prevalência de HAS, esperava-se que ela representasse de 30 a 40% da amostra, conforme revisão bibliográfica realizada na elaboração do projeto de pesquisa. Na amostra analisada, a prevalência de HAS foi de 19,8%, inferior aos índices esperados. Tal achado encontra embasamento na forma com que a coleta de dados abordou a presença ou não de HAS: levou em consideração o autorrelato de presença de HAS. Portanto, mesmo configurando-se um valor abaixo do estipulado nas hipóteses, ele aproxima-se das estimativas nacionais.

No que tange a análise sociodemográfica da amostra, esperava-se encontrar uma maior prevalência de homens; a faixa etária de destaque entre 50-59 anos; com predomínio de indivíduos autodeclarados brancos. Encontrou-se que: 71,2% dos indivíduos autodeclararam-se brancos; 64,5% eram mulheres; 56,9% com idade entre 50 e 59 anos. Conclui-se que o perfil epidemiológico foi discordante quando ao sexo e em encontro às hipóteses esperadas à idade e à raça/cor.

Quanto aos fatores de risco modificáveis mais prevalentes, na parcela com HAS, tem-se em ordem decrescente: a obesidade (58,8%) e o sobrepeso (27%), a Diabetes Mellitus (24%) e a de dislipidemia (23%). Dados que conversam com as hipóteses propostas pelo projeto de pesquisa. Quanto aos hábitos de vida, 97,1% da amostra de hipertensos ou não pratica atividade física ou não informou o exercício durante a consulta. Um total de 9,9% deles era tabagista e 4,5% etilista.

Após o término da pesquisa espera-se que os dados sejam úteis a fim de devolver, ao município em questão, um panorama sobre a hipertensão. Objetivando estimular a implementação de políticas públicas que visem, a longo prazo, resultar em um envelhecimento saudável da população, bem como a diminuição dos gastos

dispendidos ao tratamento de complicações decorrentes desta doença crônica não transmissível (HAS) e seus fatores de risco.