



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ALEXANDRE RODRIGUES DE SÁ
DANIELLE MEDEIROS URQUIZA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

CAMPINA GRANDE

2019

ALEXANDRE RODRIGUES DE SÁ
DANIELLE MEDEIROS URQUIZA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Projeto de pesquisa para a construção do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus I, para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Gisetti Corina Gomes Brandão

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. José Roniere Morais Batista

CAMPINA GRANDE

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S111e

Sá, Alexandre Rodrigues de.

Estratificação de risco em pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial / Alexandre Rodrigues de Sá, Danielle Medeiros Urquiza – Campina Grande, 2019.

32f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2019.

Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

Co-Orientador: José Roniere Morais Batista, Dr.

1.Hipertensão Arterial Sistêmica. 2.Diabetes Mellitus. 3.Atenção Básica. I.Urquiza, Danielle Medeiros. II.Título.



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 8:35 horas do dia 14/06/2019, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Estatísticas de risco em pacientes portadores de Diabetes e hipertensão arterial

de autoria do(s) aluno(s):

Alexandre Rodrigues de Sá

Donielle Maderes Urquiza

sendo orientados por:

Geetha Lima Gomes Brandão

E Co orientador:

Romero

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Berenice Ferreira Ramos

Flávia Mouton de Araújo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Alexandre Rodrigues de Sá

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu Aprouver o trabalho, conferindo a nota final de 10,0 (Dez). Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 14 junho 2019.

Orientador

Geetha Lima Gomes Brandão

Titular 1

Berenice Ferreira Ramos

Titular 2

Flávia Mouton de Araújo

Suplente

RESUMO

INTRODUÇÃO A principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus fatores importantíssimos para o agravamento deste cenário em nível nacional. Ambas as doenças são consideradas manejáveis na Atenção Básica, o que pode prevenir futuras hospitalizações, bem como mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. No entanto, para tal, é necessário individualizar cada caso através da estratificação dos pacientes em grupos de risco. **OBJETIVO:** Realizar a estratificação de risco cardiovascular e de controle glicêmico nos usuários acompanhados pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Galante, distrito do município de Campina Grande - PB. **METODOLOGIA** Pesquisa descritiva, delineada através de levantamento dos dados nos prontuários, de natureza aplicada e com abordagem quantitativa, sendo a amostra correspondente à totalidade da população dos usuários portadores de hipertensão e diabetes residentes na zona urbana atendida pela referida equipe. Para análise dos dados obtidos, utilizou-se a calculadora do Escore de Risco de Framingham (ERF) e posteriormente análise estatística dos seus resultados. **RESULTADO E DISCUSSÃO.** A amostra do estudo caracterizou-se por 82 (32,5%) pertencentes ao sexo masculino e 170 (67,5%), ao feminino. A média da idade registrada foi de 66,02 anos (DP= 13,86), com máxima de 99 anos e mínima de 33 anos. 50% da amostra (126) não pôde ser avaliada pelo ERF, dos 126 restantes, 29 (23,1%) foram classificados como categoria “baixo”, 47 (37,3%) como “intermediário” e 50 (39,6%) como “alto” para desenvolvimento de doença cardiovascular em 10 anos. Na categoria “alto risco cardiovascular”, o grupo mais presente, proporcionalmente, foi o de homens e idosos. **CONCLUSÃO** O número significativo de indivíduos de alto e médio risco cardiovascular indica necessidade de melhor acompanhamento e seguimento dos cuidados. O fator tabagismo foi subnotificado, indicando necessidade de maior valorização do registro no cotidiano do atendimento, pois interfere na avaliação da estratificação de risco.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Atenção Básica.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição de hipertensos e diabéticos de uma unidade pública de saúde de Galante (PB), de acordo com o gênero e idade

TABELA 2 Distribuição de hipertensos e diabéticos estratificados pelo escore de risco de Framingham, segundo gênero e risco cardiovascular

TABELA 3 Análise descritiva das variáveis modificáveis conforme Escore de Risco de Framingham de pacientes hipertensos e diabéticos.

TABELA 4 Regressão Linear Múltipla em função do Escore de Risco de Framingham (n = 126)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes Mellitus
ERF	Escore de risco de Framingham
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina glicada
HDL	<i>High Density Cholesterol</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOA	Lesões de órgãos alvo
MEV	Mudança do estilo de vida
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RCV	Estimativa de risco cardiovascular
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

SUMÁRIO	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 JUSTIFICATIVA	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Atenção Básica em Saúde	12
4.2 Diabetes e Hipertensão	13
4.3 Estratificação de Risco	14
5 METODOLOGIA	16
5.1 Tipo de estudo	16
5.2 Local do estudo	16
5.3 População e amostra	16
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	16
5.5 Procedimento e instrumento de coleta de dados	17
5.6 Análise dos dados	17
5.7 Aspectos éticos	17
5.8 Riscos e benefícios	17
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6.1 Fatores de Risco Não Modificáveis	19
6.2 Fatores de Risco Modificáveis	20
6.3 Regressão Linear	21
7 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE A – CALCULADORA DO ESCORE DE RISCO DE FRAGMINGHAM	26
APÊNDICE B – JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DE TCLE	27
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	28
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	29
APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	30
ANEXO 1 – PARECER COSUBSTÂNCIADO DO CEP	31

1 INTRODUÇÃO

A principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares, que são de caráter multifatorial e apresentam diversos fatores de risco, aumentando, assim, a probabilidade de sua ocorrência. Dois fatores de risco merecem maior atenção devido às altas prevalências na população brasileira, sendo eles a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes mellitus (DM), contribuindo sobremaneira para o agravamento deste cenário em nível nacional (BRASIL, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais afirmou diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% no sexo feminino e de 5,4% no masculino, sendo mais prevalente (9,6%) nos indivíduos com ensino fundamental incompleto ou menor nível de instrução. A cor da pele não foi fator de significância estatística na prevalência do diabetes. Entre os países, há grandes diferenças, sendo os países-ilhas do Pacífico os com maiores porcentagens. Nas Américas, encontram-se no México (11,8%), nos Estados Unidos da América (10,9%), no Chile (10,4%), no Canadá (10,2%), em Cuba (9,7%) e no Brasil (9,0%) (SBD, 2018).

De maneira semelhante, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apresenta-se como a doença crônica de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos, já que aumenta progressivamente com a idade. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 pacientes do SUS, abrangendo entre 22% e 44% dos adultos (32% em média) brasileiros, chegando a mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% dos indivíduos com mais de 70 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2010).

Identificar precocemente e oferecer seguimento apropriado aos portadores de HAS e DM através do estreitamento da relação com as unidades básicas de saúde (UBS) são atos necessários para o êxito do controle dos agravos, evitando as complicações, minimizando o número de internações nosocomiais e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de diminuir os custos sociais e financeiros sustentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com

equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p2).

Ambas as doenças são consideradas problemas de Condição Sensível à Atenção Primária – ou seja, o bom manejo destas condições de saúde ainda na Atenção Básica é capaz de evitar futuras hospitalizações, bem como mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. No entanto, esse bom manejo só pode ser alcançado considerando-se as particularidades de cada doença, bem como individualizando o atendimento de acordo com as demandas de cada indivíduo. Para isso, existe a estratificação dos pacientes em grupos de risco, que se baseia nos níveis pressóricos e nos fatores de risco, em relação à hipertensão; e no controle glicêmico em relação aos pacientes diabéticos (BRASIL, 2013). Estratificar, no contexto das chamadas doenças crônicas, pode ser caracterizado como o ato de reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco, bem como de vulnerabilidade e, desta forma, demandam cuidados diferentes. Ações de promoção e de prevenção, por exemplo, irão beneficiar de maneira mais significativa os pacientes hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular, diferentemente dos hipertensos de alto risco cardiovascular, que necessitam de mais cuidados clínicos e de apoio para adesão aos tratamentos. É fundamental o conhecimento dos riscos de cada paciente, uma vez que estas informações possibilitam a adequação das ações pelas equipes de Atenção Básica, além de otimizar a utilização dos recursos, diminuindo custos e aprimorando os cuidados oferecidos (PAIVA, 2006).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a estratificação de risco cardiovascular e de controle glicêmico nos pacientes do SUS.

2.2 Objetivos Específicos

- Atualizar o cadastro de pacientes portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus através da análise de cada prontuário e tabelamento dos dados mais recentes
- Mapear pacientes hipertensos e pacientes diabéticos de acordo com o risco estimado para doença cardiovascular.

3 JUSTIFICATIVA

A Diabetes mellitus e a Hipertensão arterial sistêmica são doenças crônicas que vêm aumentando sua importância devido a crescente prevalência. Como demonstrado nos dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do ano de 2016, a prevalência de HAS cresceu 14,2% (de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016), enquanto da DM2, cresceu 61,8% (de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016) (BRASIL, 2016).

A partir das vivências obtidas no curso, em especial no Estágio Obrigatório em Saúde Coletiva, desenvolvido na UBS Galante, através da Equipe de Saúde da Família 1 (eSF) da unidade, verificou-se a necessidade de implementação desta abordagem para melhor seguimento clínico dos pacientes atendidos. Além de possibilitar um tratamento mais individualizado para cada paciente, a estratificação ajuda a mostrar de maneira mais concreta de que forma a adesão ao tratamento pode reduzir o risco cardiovascular e melhorar seu controle glicêmico, estimulando, desta forma, a autonomia do paciente, tornando-o participante de seu seguimento clínico. Este estímulo à autonomia através de estratégias centradas na pessoa na continuidade dos cuidados é de fundamental importância para redução de complicações e para redução na mortalidade (PAIVA, 2006).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção e reabilitação em saúde. E constitui-se como principal porta de entrada a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, sendo ofertada integralmente e gratuitamente (PNAB, 2017, p.2).

É orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Seu processo de trabalho, sempre buscando produzir a atenção integral à população e uma maior consolidação no território nacional, é estabelecido através dos seguintes pontos-chave descritos de acordo com a PNAB (2017,p.14-31):

1. Definição do território e territorialização;
2. Responsabilização Sanitária;
3. Porta de entrada preferencial;
4. Adscrição de pacientes;
5. Acesso;
6. Acolhimento;
7. Trabalho em equipe multiprofissional;
8. Resolutividade;
9. Realização de ações de atenção domiciliar;
10. Implementação da promoção da Saúde;
11. Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças.

A consolidação e expansão da Atenção Básica é feita através da ESF, que visa à reorganização da Atenção Básica no país, sendo composta por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, ACS e outros profissionais da saúde conforme avaliação da base populacional e dos critérios demográficos (PNAB, 2017, p.15). Logo, essa estratégia é uma das responsáveis pelo primeiro atendimento dos pacientes do SUS e pelo reconhecimento dos agravos de maior incidência no território, como: doenças infectocontagiosas e doenças crônicas não transmissíveis, que têm HAS e DM como principais exemplos (RADIGONDA; SOUZA, 2015).

4.2 Diabetes e Hipertensão

O DM consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 415 milhões de portadores de DM mundialmente (SBD, 2018). A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. E no Brasil, mais de 16 milhões de pessoas se encontravam acometidas por DM no ano de 2016, e a previsão é que esse número aumente para 19,6 milhões de pessoas até 2030 (BRASIL, 2013).

A hiperglicemia persistente está associada ao aumento de morbidade, redução da qualidade de vida, elevação da taxa de mortalidade e a complicações crônicas micro e macrovasculares. Tradicionalmente, as complicações do diabetes são categorizadas pela retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica (BRASIL, 2013).

É objetivo do tratamento do paciente com DM o bom controle metabólico, diminuindo, assim, os riscos de complicações micro e macrovasculares. A avaliação do controle glicêmico é realizada através da hemoglobina glicada (HbA1c), que corresponde o melhor parâmetro preditor de complicações crônicas; e das glicemias capilares diárias (BRASIL, 2013).

Dentre as principais medidas de controle metabólico nestes pacientes, citam-se: mudança do estilo de vida (MEV), farmacoterapia e insulino terapia para os casos mais graves (RADIGONDA; SOUZA, 2015). Além disso, têm-se as atividades de prevenção e rastreamento, as quais são definidas através da educação continuada com as eSF locais, avaliação dos principais fatores de risco para desenvolver DM e do acompanhamento na UBS, com visitas domiciliares, consultas e análise laboratorial (SBD, 2018).

Quanto à HAS, trata-se de uma doença crônica definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (BRASIL, 2013b). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2016).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), que representa a principal causa de mortalidade no país. As DCV são ainda

responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados (SBC, 2016).

A HAS no território brasileiro tem baixas taxas de controle, sendo fundamental medidas de prevenção adequadas e um diagnóstico precoce. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, formas de alimentação adequada, as práticas de atividade física e o abandono do tabagismo como abordagem preventiva (SBC, 2016).

Quanto ao diagnóstico da HAS, consiste na média aritmética da PA \geq 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas (BRASIL, 2013). Se diagnosticada precocemente, melhor será a abordagem inicial neste paciente, o que permite uma avaliação do risco cardiovascular global em menor tempo e um controle terapêutico mais eficaz (SBC, 2016).

A abordagem terapêutica da HAS inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, as quais são indicadas de acordo com a estratificação da HAS e da presença de fatores de risco para DCV. O controle pressórico é estabelecido através de metas preconizadas conforme a idade, doenças prévias e outras comorbidades associadas (BRASIL, 2013).

4.3 Estratificação de Risco

Pacientes com DM têm, em média, risco duas a quatro vezes maior de desenvolver doença coronariana que indivíduos sem diabetes (SBD, 2018). E os portadores de HAS têm maior predisposição quanto ao desenvolvimento de doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (SBC, 2016).

Dessa forma, passou a ser necessário estratificar o risco cardiovascular de pacientes com DM e/ou HAS, de maneira a evitar o subtratamento naqueles de maior risco ou o tratamento exacerbado nos de menor risco, permitindo, assim, uma análise prognóstica (SBC, 2016). Diversos algoritmos e escores, baseados em estudos populacionais, foram criados nas últimas décadas, sendo que os mais precisos classificam os pacientes conforme modelos multifatoriais de estratificação de risco (SBD, 2018).

A estratificação do risco cardiovascular no paciente hipertenso pode ser baseada em duas estratégias diferentes. Na primeira, o objetivo da avaliação é determinar o risco global diretamente relacionado à hipertensão. Nesse caso, a classificação do risco depende dos níveis pressóricos, dos fatores de risco associados, das lesões de órgãos alvo (LOAs) e da presença

de DCV ou doença renal. Na segunda estratégia, utiliza-se o Escore de Risco de Framingham (ERF) e tem-se como objetivo determinar o risco de um indivíduo desenvolver DCV em geral nos próximos 10 anos. Essa forma de avaliação, porém, não é específica para o paciente hipertenso, pois pode ser realizada em qualquer indivíduo entre 30 e 74 anos (SBC, 2016).

O ERF é resultado de um grande estudo de coorte que avaliou variáveis importantes para a estimativa de risco cardiovascular (RCV). É considerado uma forma fidedigna, simples e de baixo custo de identificação de pacientes ambulatoriais sob maior risco de DCV. Para se determinar o RCV deve-se classificar o paciente segundo o número de pontos atribuídos às variáveis: gênero, idade, presença ou não de DM, tabagismo presente ou não, HAS tratada ou não tratada e seus níveis pressóricos, colesterol total e *high density cholesterol* (HDL) (SBC, 2016).

Após calcular o número de pontos acumulados dos fatores de risco e encontrar o escore total de risco, é necessário cruzar os dados para obter a projeção do risco em 10 anos. O paciente pode ser classificado em baixo, intermediário e alto risco cardiovascular. Todo paciente diabético é considerado de alto risco para o ERF (ALVIM, 2014).

A estratificação do risco cardiovascular no paciente com DM tem como base a idade, presença dos fatores de risco tradicionais, existência de marcadores de aterosclerose subclínica e ocorrência de eventos cardiovasculares. Nesta estratégia recomenda-se estratificar o risco em quatro categorias: baixo, intermediário, alto e muito alto, de acordo com as taxas de incidência de doença coronariana em 10 anos (SBD, 2018).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Para viabilizar este trabalho, optou-se pela utilização de uma pesquisa descritiva, delineada através de levantamento dos dados nos prontuários, de natureza aplicada e com abordagem quantitativa – o que propiciou um conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e possibilitou quantificação dos dados desejados (GIL, 2002; SILVA, 2005).

5.2 Local do estudo

Atualmente, no distrito de Galante, no município de Campina Grande - PB, existem duas UBS, cada uma com sua respectiva âncora na zona rural. O presente trabalho foi desenvolvido na UBS Galante, com a ESF 1, que abrange sete microáreas, sendo quatro urbanas, atendidas pela UBS sede, e três rurais, atendidas pela âncora. (CAMPINA GRANDE, 2018)

A equipe no qual foi realizado a referida pesquisa é formada por um médico pertencente ao programa Mais Médicos, do governo federal, uma enfermeira e seis ACS em atividade, ficando uma microárea da zona rural descoberta.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pela totalidade dos usuários portadores de hipertensão e diabetes (252), já cadastrados pelas ACS, residentes na zona urbana atendida pela referida eSF 1. Neste estudo, salvo aqueles que foram excluídos pelos critérios estabelecidos, não há diferença entre a população e a amostra utilizada, pois esta corresponde à totalidade dos usuários portadores de hipertensão e diabetes já citados.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários que continham os dados pessoais dos usuários (nome, sexo e idade) e histórico de menos três consultas médicas que confirmassem diagnóstico de HAS e ao menos uma que certificasse o diagnóstico de DM2. Foram excluídos aqueles prontuários cujos campos referentes aos dados pessoais estavam sem informações e/ou que nunca tinham comparecido à UBS para acompanhamento médico e confirmação diagnóstica.

5.5 Procedimento e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados deu-se pela revisão dos prontuários de usuários portadores de HAS e DM cadastrados na UBS. Foram avaliadas as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, além dos resultados dos exames laboratoriais previamente registrados nos prontuários de cada usuário.

5.6 Análise dos dados

Para assegurar o sigilo e privacidade, os nomes dos usuários foram suprimidos na análise de dados, sendo transcritas apenas as variáveis necessárias ao cálculo do ERF utilizando-se a calculadora recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. As variáveis de desenvolvimento de Risco Cardiovascular em 10 anos também foram computadas no aplicativo IBM SPSS 19.0, no qual foram realizadas estatísticas descritivas (porcentagens, médias, desvios-padrão, medidas de tendência central) e estatísticas inferenciais (comparação grupal e correlação) com objetivo de verificar como essas variáveis se apresentariam na população em estudo, bem como quaisquer associações entre elas.

5.7 Aspectos éticos

Acerca dos aspectos éticos, tendo em vista que essa pesquisa envolveu seres humanos, ressalta-se que todos os critérios éticos da resolução 466/12 foram resguardados, como anuência de seu representante legal, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta poderia acarretar, garantindo a manutenção do sigilo e da privacidade das informações dos participantes da pesquisa. A pesquisa foi aprovada no Conselho de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob o CAAE 04248918.7.0000.5182.

5.8 Riscos e benefícios

Os participantes desta pesquisa correram riscos mínimos, tendo em vista que foram coletados dados através de prontuários, preservando o sigilo de todas as informações obtidas.

Estudos como este são relevantes, pois podem contribuir para o desenvolvimento da assistência à saúde dos usuários portadores de DM e HAS da UBS Galante.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 305 prontuários revisados, excluíram-se 53 (21%) devido ausência de informações para confirmação diagnóstica conforme critérios de inclusão supracitados; e 252 (79%) foram considerados com HAS e/ou DM pelos critérios estabelecidos, compondo a amostra final. Como caracterização da amostra, totalizou-se 82 (32,5%) pertencentes ao sexo masculino e 170 (67,5%) ao sexo feminino, observando-se uma maior população do gênero feminino em relação ao masculino. Com relação a esse achado, acredita-se que possivelmente, é devido ao fato das mulheres terem maior disponibilidade de horário para frequentar a UBS, tendo em vista que, na maioria das vezes, os indivíduos do gênero masculino constituem a maior força de trabalho para manutenção da renda familiar, ficando com receio de se ausentar de seu trabalho com risco de perda de emprego (CESARINO et. al, 2012).

A média da idade registrada foi de 66,02 anos (DP= 13,86), com máxima de 99 anos e mínima de 33 anos, sendo 73 (28,9%) registrados com idade ≥ 75 anos e 179 (71,1%) com idade < 75 anos. Logo, percebe-se uma maior frequência de idosos na amostra estudada, fato que pode ser explicado pelo grande número de aposentados que frequentam as UBS (SILVA; CADE; MOLINA ,2012; CESARINO, 2012). Representação conforme Tabela 1.

Após exclusão dos prontuários que não se encaixavam nos critérios supracitados, partiu-se para o cálculo do ERF nas categorias “baixo”, “intermediário” e “alto”. Para ser possível a obtenção da classificação, é necessária a resposta de todos os quesitos (gênero, presença ou não de DM, tabagismo presente ou não, uso de tratamento medicamentoso para HAS, pressão arterial sistólica (PAs), colesterol total (CT), HDL e idade entre 30 e 74 anos (SBC, 2016). Dos 252 pacientes incluídos, em 126 (50%) não foi possível realizar a análise por falta de dados em um ou mais item da calculadora [categoria “não se aplica” (NSA)]. Dos 126 restantes, 29 (23,1%) foram classificados como categoria “baixo”, 47 (37,3%) como “intermediário” e 50 (39,6%) como “alto” para desenvolvimento de doença cardiovascular em 10 anos.

Tabela 1- Distribuição de hipertensos e diabéticos de uma unidade pública de saúde de Galante (PB), de acordo com o gênero e idade

Idade (anos)	Masculino (n)*	Feminino (n)**	Total (n)
30-49	9	21	30
50-69	44	73	117
70-89	25	63	88
90-99	2	8	10
Total (n)	80	165	245

Fonte: autoria própria.

Notas:

*Ausência de notificação da idade de 2 pacientes.

**Ausência de notificação da idade de 5 pacientes.

6.1 Fatores de Risco Não Modificáveis

No presente estudo, foram considerados fatores de risco não modificáveis a idade e o gênero. Após comparação da estratificação do risco cardiovascular *versus* gênero, foi visto predomínio do gênero feminino entre os 50 classificados como alto risco cardiovascular: 28 (56%) em comparação ao sexo masculino, 22 (44%). Foi observado que dentre os 40 (31,7%) pacientes registrados como sexo masculino e que foram submetidos ao ERF, ocorreu maior percentual de indivíduos caracterizados como alto e médio risco cardiovascular (55 e 35%), sendo que, no gênero feminino 86 (68,3%), o maior percentual foi caracterizado como intermediário risco cardiovascular (39,5%), conforme tabela 2.

Dentro da população estudada, 73 (29%) dos pacientes estavam acima de 74 anos, não podendo ser, pelos critérios do ERF, categorizados. Dentre todos os fatores investigados (idade, sexo, PAs, HDL, CT e presença de DM2), a regressão linear evidenciou que a idade é quem menos interfere na categorização do risco ($\beta = 0,161$).

Em outros estudos populacionais com portadores de hipertensão, observou-se, no grupo dos fatores não modificáveis, o predomínio de mulheres e idosos. Ao notar-se a relação de risco coronariano elevado com a idade, ressalta-se a importância das ações de promoção e de prevenção da saúde para o grupo dos idosos portadores de HAS e DM, pois quanto maior a expectativa de vida, maior a probabilidade de exposição aos fatores de risco modificáveis para as DCV (SILVA; CADE; MOLINA, 2012).

Tabela 2 – Distribuição de hipertensos e diabéticos estratificados pelo escore de risco de Framingham, segundo gênero e risco cardiovascular

Risco Cardiovascular				
Gênero	Alto (n)	Intermediário (n)	Baixo (n)	Total (n)
Masculino	22	14	4	40
Feminino	27	34	25	86
Total	59	48	29	126

Fonte: autoria própria.

6.2 Fatores de Risco Modificáveis

Quanto ao CT, foi visto que 160 (63,4%) pacientes registravam níveis indesejáveis (≥ 190 mg/dL) e 92 (36,6%), níveis adequados, apresentando uma média de 199 mg/dL (DP= 55,56), com máximo de 511 mg/dL e mínimo de 20 mg/dL. Já em relação ao HDL, apenas 84 (33,3%) encontravam-se dentro da normalidade conforme sexo (≥ 40 mg/dL para homem e ≥ 46 mg/dL para mulheres) e 168 (67,7%) eram indesejáveis, tendo média de 44 mg/dL (DP= 12,84%), máxima de 98 mg/dL e mínima de 13 mg/dL. Em relação às PAs, obteve-se uma média de 134,78 mmHg (DP= 19,60), com máxima de 210 mmHg e mínima de 100 mmHg (SBC, 2016), conforme descrito na Tabela 3.

Percebe-se que a maioria dos prontuários apresentavam registros de níveis de HDL-C, CT e PAs fora dos níveis desejáveis, fato que, possivelmente, remete a uma possível falha da atuação da equipe de saúde no atendimento dos portadores de HAS e dislipidemias. Além disso, observou-se que, entre os indivíduos de alto risco cardiovascular, ocorreu maior proporção de níveis ≥ 190 mg/dL, com predomínio do sexo feminino. Não foi observada esta relação entre o descontrole do CT e o alto risco cardiovascular pela ERF nos estudos supracitados apesar do conhecimento de que colesterol total em nível indesejável aumenta risco de doenças coronarianas (SBD, 2018).

Referente ao nível de HDL, o qual em alto nível é favorável em algumas populações, como verificado no trabalho de Santana *et. al* (2013) que aborda sobre os riscos de doença coronariana de uma comunidade de Minas Gerais, na presente avaliação foram encontrados níveis de HDL desejáveis predominando nos usuários com risco cardiovascular intermediário e baixo em relação aos caracterizados alto risco cardiovascular.

Dados relacionados ao tabagismo foram excluídos da análise devido à subnotificação nos prontuários. Em relação ao uso de tratamento medicamentoso, dos 252 prontuários

incluídos no estudo, 245 (96,7%) registravam uso de medicamento e apenas oito (3,3%), não havia registro.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis modificáveis conforme Escore de Risco de Framingham de pacientes hipertensos e diabéticos.

	Média	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
PAs (mmhg)	134,78	210	100	19,60
CT (mg/dL)	199,42	511	20	55,56
HDL (mg/dL)	44,64	98	13	12,84

Fonte: autoria própria.

6.3 Regressão Linear

Observa-se, assim, que metade da amostra não pôde ser analisada devido a dois fatores: idade além da faixa etária à qual o ERF torna-se aplicável ou falta de informações necessárias ao cálculo, sendo esta responsável pela maioria dos casos. Ressalta-se que o instrumento utilizado após análise manual dos prontuários foi construído no formato de tabela. Nesta, os pesquisadores marcaram “x” em caso de resposta afirmativa aos quesitos levantados para o cálculo, como já citado, restando à escrita por extenso apenas a idade e a última aferição de pressão arterial. Mesmo com extensa análise dos prontuários, observou-se o absenteísmo de informação referentes, principalmente, ao uso ou não de tabagismo, o que remete a uma possível falha da atuação da equipe de saúde no atendimento ao paciente com HAS e/ou DM2 ou a ausência do registro.

Foi realizada uma regressão linear múltipla com os itens necessários ao cálculo do ERF. Como resultado, foi encontrada uma associação significativa entre as variáveis e o ERF, sendo o modelo de regressão significativo [R=0,80; F=32,66; p<0,05]. Os resultados podem ser observados na Tabela 4.

Segundo o modelo, o DM2 aparece como melhor preditor para a pontuação no escore ERF ($\beta = 0,619$; $t=10,59$; $p<0,05$), sendo assim, a presença de DM2 é fator determinante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em 10 anos, como indica a vasta literatura sobre o assunto. Seguem, em ordem decrescente, colesterol total, pressão arterial sistólica, HDL, sexo e idade. Observa-se que o valor do HDL se apresenta de forma negativa, pois sua importância é inversamente proporcional – quanto maior o valor, menor o escore total do ERF. O modelo, mesmo com ausência das variáveis “tabagismo” e “uso de tratamento

medicamentoso”, apresenta alta explicação do fenômeno pesquisado: desenvolvimento de doenças cardiovasculares em 10 anos.

Sob o ponto de vista dos fatores não modificáveis, nosso estudo corrobora com Cesarino *et al* (2012) ao demonstrar que o risco na população estudada foi maior entre idosos do que entre adultos; e que entre os gêneros, proporcionalmente, os homens apresentavam maior incidência na categoria “alto risco cardiovascular” que as mulheres. Também há concordância, quanto aos fatores modificáveis, ao verificar que todos os parâmetros avaliados foram importantes para elevação do risco cardiovascular em todos os grupos estudados.

Tabela 4 - Regressão Linear Múltipla em função do Escore de Risco de Framingham (n = 126)

	Beta	T	p
Idade	0,161	2,73	< 0,05
Pressão Arterial Sistólica	0,240	4,20	< 0,05
Colesterol Total	0,322	5,55	< 0,05
HDL	-0,208	-3,58	< 0,05
DM2	0,619	10,59	< 0,05
Sexo	0,193	3,38	< 0,05
Coefficiente de Regressão Múltipla	R = 0,80; R ² = 60%		
Variância Explicada	R ² Ajustado = 62%		
Teste	F = 32,66; p < 0,05		

Fonte: autoria própria.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, observou-se um número significativo de indivíduos caracterizados como de alto e médio risco cardiovascular, de acordo com o ERF, na amostra estudada, indicando a necessidade de melhoria do acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis, como DM2, dislipidemias e HAS.

Quanto ao tabagismo, informação imprescindível na categorização do ERF e no acompanhamento da saúde da população, notou-se absenteísmo em relação ao registro dessa informação, tornando-se limitação para nosso estudo. Percebemos a pouca valorização, por parte do profissional de saúde, dada ao preenchimento desse item, o que contraria a boa prática de assistência continuada, como premissa da ESF. Ratificamos, assim, a importância da adoção dessa medida no cotidiano da atenção primária a saúde para melhor seguimento e acompanhamento dos usuários.

Os resultados nos mostram a possibilidade de identificar fatores que contribuem para o adoecimento, direcionando medidas necessárias à promoção e prevenção da saúde. Com esses achados, torna-se mais fácil e eficaz a organização de estratégias de seguimento para cada categoria de risco obtida, otimizando o cuidado centrado no usuário.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Lipe de Mello. **A utilização do escore de risco de Framingham para o manejo de pacientes portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus: uma revisão integrativa para subsidiar um projeto de intervenção.** Belo Horizonte: EdUFMG, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus.** Brasília: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Brasília: 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília: 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

CAMPINA GRANDE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da situação da Atenção Básica, na cidade de Campina Grande/PB.** Campina Grande: 2018.

CESARINO, Evandro José; VITUZZO, André Luiz Gomes; SAMPAIO, Julliane Messias Cordeiro; FERREIRA, Danilo Avelar Sampaio; PIRES, Heloísa Andrião Ferreira; SOUZA, Luiz de. **Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde.** Einstein, São Paulo, 10 (1):33-8, jan.-mar. 2012. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1835-33-38.pdf>>. Acesso em 04 jun. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo**

Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2018.

RADIGONDA, Bárbara; ZOUZA, Regina Kazue Tanno de; JUNIOR, Luiz Cordoni. **Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 423-431, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200423&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2018.

SANTANA, Jaqueline de Oliveira; RAMALHO, Juciany Rodrigues de Oliveira; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; COSTA, Maria Fernanda Lima; PEIXOTO, Sérgio Viana. **Atividade física e escore de risco de Framingham entre idosos: Projeto Bambuí.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31 (10): 2235-2240, out, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n10/0102-311X-csp-31-10-2235.pdf>>. Acesso em 04 jun. 2019.

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, Viviane Rassele; CADE, Nagela Valadão; MOLINA, Maria del Carmem Bisi. **Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família.** Rev. Enfermagem UERJ v. 20, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a05.pdf>>. Acesso em 02 de junho de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Júnior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017. ISBN: 978-85-93746-02-4.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª diretriz brasileira de Hipertensão.** Arquivo Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. ISSN-0066-782X.

APÊNDICE A – CALCULADORA DO ESCORE DE RISCO DE FRAGMINGHAM

Sexo	Idade (anos)	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Em tratamento para HAS?	Tabagista?	Portador de Diabetes Mellitus?	HDL	Colesterol Total	RCV 10 anos

Fonte: adaptado de SBC, 2016.

APÊNDICE B – JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DE TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
 Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
 Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58107 – 670.
 Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huce.ufcg.edu.br



JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DO TCLE

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro que autorize a realização da pesquisa sem a apresentação do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**.

O projeto **"Estratificação de risco em pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial"** que tem como responsáveis os autores **Alexandre Rodrigues de Sá** e **Danielle Medeiros Urquiza** e o orientador **Gisetti Corina Gomes Brandão** utilizará apenas dados secundários obtidos a partir de consulta aos prontuários dos pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS Galante. Pretende-se utilizar os dados referentes ao cálculo do risco cardiovascular em 10 anos de acordo com o Escore de Framingham.

No presente caso entende-se ser dispensável apresentação do TCLE conforme razões citadas acima. É do conhecimento dos pesquisadores que conforme a Resolução 466/12 IV. B- "Nos casos em que seja invável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento".

Por fim, assumimos a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardamos deferimento.

Campina Grande, 07 de dezembro de 2018.


 Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão


 Orientando: Alexandre Rodrigues de Sá


 Orientando: Danielle Medeiros Urquiza

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. CEP: 58107 – 670,
Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, Orientador e Orientando(s) respectivamente, da pesquisa intitulada "Estratificação de risco em pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial", assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC/EBSER (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC/EBSERH, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 07 de dezembro de 2018.


Orientador(a): Giselle Cortina Gomes Bravão


Orientando: Alexandre Rodrigues de Sá


Orientando: Daniella Medeiros Urquiza

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Termo de Compromisso de divulgação dos resultados

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “Estratificação de risco em pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 07 de dezembro de 2018.


Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brundão


Orientando: Alexandre Rodrigues de Sá


Orientando: Danelle Medeiros Urquiza

APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

Termo de Autorização Institucional

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Estratificação de risco em pacientes portadores de diabetes e hipertensão**, desenvolvido por: **Alexandre Rodrigues de Sá e Danielle Medeiros Urquiza**, estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, sob a orientação da docente: **Professora Doutora Gisetti Corina Gomes Brandão**, o projeto será desenvolvido na **Unidade Básica de Saúde da Família UBS Galante**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Campina Grande, 27 de Setembro de 2018.

Atenciosamente,

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO 1 – PARECER COSUBSTÂNCIADO DO CEP

<p>UFCG - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO DA UNIVERSIDADE</p>	
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Pesquisador: Gisetti Corina Gomes Brandão

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 04248918.7.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.310.435

Apresentação do Projeto:

A principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus fatores importantíssimos para o agravamento deste cenário em nível nacional. Ambas as doenças são consideradas manejáveis na Atenção Básica, o que pode prevenir futuras hospitalizações, bem como mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. No entanto, para tal, é necessário individualizar cada caso através da estratificação dos pacientes em grupos de risco, que se baseia nos níveis pressóricos e nos fatores de risco, em relação à hipertensão; e no controle glicêmico em relação aos pacientes diabéticos. O objetivo desta pesquisa é realizar a estratificação de risco cardiovascular e de controle glicêmico nos pacientes do SUS abrangidos pela equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Galante, distrito do município de Campina Grande-PB. Para viabilizar este trabalho, optou-se pela utilização de uma pesquisa descritiva, delimitada através de levantamento dos dados nos prontuários, de natureza aplicada e com abordagem quantitativa, sendo a amostra correspondente à totalidade da população dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes, já cadastrados pelas ACS como pacientes da UBS, residentes na zona urbana atendida pela referida ESF 1. Para análise dos dados obtidos, será utilizada a calculadora do Escore de Risco de Framingham e posteriormente realizada análise estatística dos seus resultados.

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n	CEP: 58.107-870
Bairro: São José	
UF: PB	Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545	Fax: (83)2101-5525
E-mail: cep@huar.ufcg.edu.br	

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Protocolo: 3.310.426

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Realizar a estratificação de risco cardiovascular e de controle glicêmico nos pacientes do SUS.

Objetivo Secundário:

- Atualizar o cadastro de pacientes portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus;
- Mapear pacientes hipertensos e pacientes diabéticos de acordo com o risco estimado para doença cardiovascular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco:

- Os participantes desta pesquisa correm riscos mínimos, tendo em vista que serão coletados dados através de prontuários, preservando o sigilo de todas as informações obtidas.

Benefício:

- Estudos como este são relevantes pois podem contribuir para o desenvolvimento da assistência à saúde dos pacientes portadores de DM e HAS da UBS Galante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Projeto completo;
- Justificativa para ausência do TCLE;
- Termo de Compromisso dos pesquisadores;
- Termo de Compromisso de Divulgação dos resultados;
- Termo de Autorização Institucional da Coordenadora de Educação na Saúde de Campina Grande;
- Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- Orçamento;
- Cronograma.

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.310.435

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe Inadequações éticas para o início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Liberado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1231170.pdf	28/03/2019 10:41:15		Acelto
Cronograma	CRONO_Final.docx	28/03/2019 10:40:29	DANIELLE MEDEIROS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.docx	28/03/2019 10:26:11	DANIELLE MEDEIROS URQUIZA	Acelto
Outros	tdr093.pdf	07/12/2018 21:00:58	DANIELLE MEDEIROS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tdcle094.pdf	07/12/2018 21:00:11	DANIELLE MEDEIROS URQUIZA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	tcp092.pdf	07/12/2018 20:59:52	DANIELLE MEDEIROS	Acelto
Folha de Rosto	Scan.pdf	15/10/2018 15:32:06	Gisetti Corina Gomes Brandão	Acelto
Orçamento	ORCA.docx	01/10/2018 16:16:02	Gisetti Corina Gomes Brandão	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	01/10/2018 16:07:20	Gisetti Corina Gomes Brandão	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.310.435

CAMPINA GRANDE, 07 de Maio de 2019

Assinado por:
Andréa Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))