



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Enfermagem

Ludmilla Borges dos Santos

RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Brasília/DF

2017

Ludmilla Borges dos Santos

RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Projeto de Pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília como requisito para aprovação.

Orientadora: Prof.^a Ms. Tayse Tâmara da Paixão

Brasília/DF

2017

SANTOS, Ludmilla Borges

Risco cardiovascular em usuários hipertensos na atenção primária à saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito de obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: 30 de junho de 2017.

Comissão Julgadora

Prof^a Ms. Tayse Tâmara da Paixão
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a. Dr^a. Marcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a Josiane Maria Oliveira de Souza
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Dedico este trabalho a minha família, amigos e todos aqueles que de certa forma me apoiaram e incentivaram durante o curso, me dando forças para que continuasse a alcançar os meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, a Deus que me concedeu forças para seguir em frente e concluir todo este trabalho.

A todos os meus familiares, principalmente meus pais que sempre me apoiaram e me deram forças para eu seguir e nunca desistir devido à dificuldades e a saudade enfrentadas durante a graduação.

A todos os meus amigos que por todos esses anos me proporcionaram momentos maravilhosos além do carinho e apoio.

À Professora Tayse Tâmara da Paixão pela orientação neste trabalho, por estar sempre presente em todos os momentos da pesquisa, pela paciência e dedicação, pelas críticas e dentre outras qualidades que me fizeram crescer como pessoa e na minha formação.

Risco cardiovascular em usuários hipertensos na atenção primária à saúde

Ludmilla Borges dos Santos¹ Tayse Tâmara da Paixão Duarte²

Resumo

Objetivo: Identificar o risco cardiovascular em usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica adscritos em uma unidade básica de saúde. **Método:** estudo transversal de análise quantitativa, realizada com usuários de saúde portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde no Distrito Federal. A amostra foi de 115 usuários. Os dados foram registrados em um questionário semi-estruturado constituído de itens relacionados à identificação e comorbidades clínicas. Foi realizada a análise descritiva e, para verificar as associações entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. **Resultados:** houve um predomínio do sexo feminino (67,8%) com média de idade de 63 anos, verificou-se que a maioria dos usuários apresentou alto risco para doenças cardiovasculares (59,1%), contribuindo para isso a presença de diabetes mellitus ($p=0,000$), dislipidemia ($p=0,026$) e glicemia pós prandial elevada (0,012). **Conclusão:** A maioria dos usuários apresentou alto risco para doenças cardiovasculares, contribuindo para esta realidade a presença de diabetes mellitus, dislipidemia e glicemia pós prandial elevada.

Descritores: Hipertensão Arterial; Doenças Cardiovasculares; Atenção Primária; Fatores de Risco.

1. Acadêmica de Enfermagem. Universidade de Brasília (UnB). Brasília (DF), Brasil. E-mail: ludy_lbs@hotmail.com

2. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora Assistente na UnB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: taysepaixao@unb.br

Introdução

Nos últimos anos, o número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vem aumentando significativamente, sendo diretamente proporcional ao aumento da população mundial. Elas estão principalmente associadas aos maus hábitos como: tabagismo, alimentação desequilibrada, sedentarismo e sobrepeso.¹

Entre as DCNT estão doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis pelas principais causas de morte no mundo. Estudos apontam que 1 em cada 4 mortes geralmente está associada as DCV e que hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melittus (DM) se apresentam como os principais fatores de risco para esta incidência.²⁻⁴

No Brasil, a incidência de HAS varia de acordo com a idade sendo 32% para adultos, mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos de idade. De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica, no Distrito Federal existem 56.267 hipertensos cadastrados, sendo que 37.942 fazem parte do Programa de Estratégia Saúde da Família.⁴

A HAS é definida como condição clínica em indivíduos que apresentam uma pressão arterial sistólica (PAS) igual ou maior que 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90mmHg, consistindo em uma média aritmética maior ou igual a 140/90mmHg. Para evitar erro no diagnóstico de HAS deve ser verificada no intervalo de uma semana em três dias diferentes, pois o valor elevado em apenas um dia, mesmo em horários diferentes não são suficientes para o diagnóstico da doença.⁶

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) preconiza o acompanhamento de usuários com HAS de acordo com o risco cardiovascular (RCV), sendo que com alto risco deve-se ter acompanhamento trimestral, risco intermediário semestral e baixo risco anual, com o intuito de reduzir os agravos.⁶

Este estudo se justifica pela necessidade de um melhor acompanhamento de usuários de saúde hipertensos de acordo com risco cardiovascular, com devido levantamento dos

fatores relacionados à estratificação, de modo a melhor direcionar a atenção às reais necessidades dos usuários, visando equalizar e qualificar a assistência.

Objetivo

Identificar o risco cardiovascular em usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica adscritos em uma unidade básica de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de análise quantitativa, que foi realizado entre março a novembro de 2016, com usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica adscritos em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde no Distrito Federal. Os usuários foram classificados de acordo com risco cardiovascular estabelecido pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Estratificação de risco do usuário de saúde hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

	PAS 130-139mmHg ou PAD 85-89mmHg	HAS Estágio 1 PAS 140-159 mmHg ou PAD 90-99 mmHg	HAS Estágio 2 PAS 160-179 mmHg ou PAD 100-109 mmHg	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 mmHg OU PAD ≥ 110 mmHg
Sem Fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DCR ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellito; LOA: lesão em órgão-alvo. Fonte: VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de cardiologia. ISSN-0066-782X. Vol. 107, Nº 3, Supl. 3, Set/2016.

A amostra do estudo foi por conveniência, composta por 115 usuários de saúde, considerando os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico médico de hipertensão

arterial sistêmica e usuários que estavam adscritos no Centro de Saúde durante o período da coleta de dados. Para início da pesquisa obteve-se a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da secretaria de saúde - FEPECS/SES, CAAE 51577815.4.0000.5553. Todos os usuários incluídos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados se deu através da aplicação de um questionário semi-estruturado desenvolvido pelos pesquisadores e aplicado durante uma consulta de enfermagem pré-agendada com duração média de 30 minutos, onde se registrou dados clínicos, medidas antropométricas e variáveis sociodemográficas.

As medidas antropométricas corresponderam ao peso. Para mensurar o peso foi solicitado a retirada de sapatos e acessórios que poderiam interferir no valor final do peso, utilizado balança digital de vidro temperado de cor transparente, além disso verificou-se a estatura e medida da circunferência da cintura (CC), e calculou-se o índice de massa corpórea (IMC).

Segundo World Health Organization (WHO), foi classificado como obesos grau I aqueles que apresentaram o IMC 30 a 34,9 kg/m², grau II 35 a 39,9 kg/m² e grau III ≥ 40 . A CC foi aferida utilizando fita métrica graduada em centímetros, posicionada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca ao final da expiração. Considerou-se com risco elevado de eventos cardiovasculares para as mulheres com valores ≥ 88 cm e ≥ 102 cm para os homens.⁷

A pressão arterial sistêmica (PAS) foi aferida com o aparelho esfigmomanômetro manual, com o indivíduo sentado após repouso de 5 minutos. Foram considerados alterados os valores: pressão sistólica alterada quando < 90 ou > 140 e pressão diastólica quando < 60 ou > 100 mmHg.⁶

As glicemias eram aferidas em jejum ou pós prandial, utilizando o aparelho e suas respectivas tiras da marca Accu-Chek do modelo Active e lancetas da marca G-Tech.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes usuários em jejum com glicemia ≥ 126 mg/dl ou ≥ 200 mg/dl pós prandial já é considerado diabético e dispensa a realização de coleta de hemoglobina glicada.⁸

Para a análise dos dados, foi realizada a estatística descritiva, expressos em valor absoluto e percentual e, para verificar as associações entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado. Valores p menores que 0,05 foram aceitos como valores estatisticamente significantes.

Resultados

Neste estudo foram incluídos 115 usuários de saúde com diagnóstico de HAS, onde houve um predomínio do sexo feminino (67,8%) com média de idade de 63 anos, e uma média de IMC correspondente a 29,97 kg/m²(Tabela2).

Tabela 2. Características clínicas dos usuários portadores de HAS. Ceilândia (DF), Brasil, 2016.

Características	n %	Desvio Padrão
Sexo feminino	78	67,8
Idade (anos) ^a	63,18	11,603
IMC (kg/m ²) ^{a,i}	29,97	5,2
PAS alterada ⁱⁱ	27	23,5
PAD alterada ⁱⁱⁱ	9	7,8

^a média \pm DP; ⁱ 1 usuário sem informação; PAS alterada quando < 90 ou > 140 ; PAD alterada quando < 60 ou > 100 mmHg.

Verificou-se quais eram as medicações de uso contínuo dos usuários hipertensos, concentrando-se no uso de diuréticos (65,2%) e antagonistas de receptor de angiotensina (50,4%) (tabela 3).

Tabela 3. Anti-hipertensivos utilizados pelos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Ceilândia (DF), Brasil, 2016.

Medicações de maior frequência	N(115)	%
Diuréticos	75	65,2
B-Bloqueador	33	28,7
Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina	28	24,3
Bloqueador de Canal de cálcio	26	22,6
Antagonista de receptor de angiotensina	58	50,4

Nesta vertente traçou-se os principais fatores que contribuem para o risco cardiovascular destes usuários, observou-se que 74,6% apresentavam antecedentes familiares para doenças cardíacas, e mesmo sendo diagnosticados com hipertensão 12,5% ainda tinham hábito do uso do saleiro a mesa, conforme demonstrado na tabela 4.

Tabela 4. Fatores de risco para eventuais doenças cardiovasculares. Ceilândia (DF), Brasil, 2016.

Fatores que contribuem para maior risco de doenças cardiovasculares	N(115)	(%)
Antecedentes familiares cardíacos ⁱⁱ	85	74,6
Uso de saleiro à mesa para consumo ⁱ	14	12,5
Tabagista	11	9,6
Alcoolista	15	13
Sedentário ⁱⁱ	40	35,1
Sobrepeso	58	53,7

ⁱ3 usuários sem informação, ⁱⁱ 1 usuário sem informação.

Sabe-se que o sobrepeso é um dos fatores considerados quando se trata de riscos para doenças cardiovasculares (DCV), nesta amostra 53,7% dos indivíduos possuíam sobrepeso e chama atenção o alto índice de sedentarismo (35,1%) (tabela 4).

Destaca-se que a presença de HAS em muitos casos estava associado a outras patologias, como diabetes mellitus(32,2%) (tabela 5).

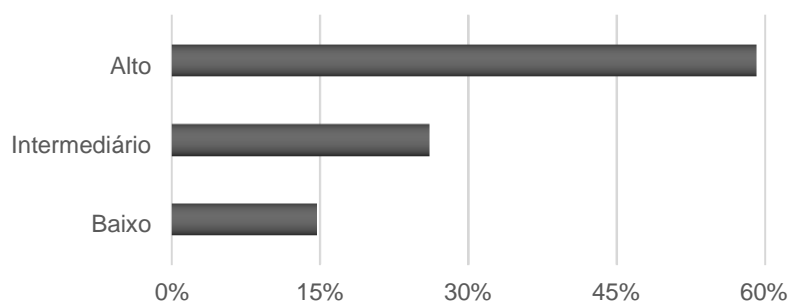
Tabela 5. Patologias associadas a Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários investigados. Ceilândia (DF), Brasil, 2016.

Comorbidades/Complicações	N(115)	%
Diabetes	37	32,2
Infarto Agudo do Miocárdio ⁱⁱ	11	9,6
Insuficiência Cardíaca Congestiva ⁱ	10	8,9
Acidente Vascular Cerebral ⁱⁱ	2	1,8
Doença renal ⁱⁱⁱ	4	3,5

ⁱtrês usuários sem informação, ⁱⁱ um usuário sem informação, ⁱⁱⁱ dois usuários sem informação.

Desta forma realizou-se a estratificação do risco cardiovascular e verificou-se que a maioria (59,1%) apresentavam alto risco para DCV.

Gráfico 1. Estratificação de risco dos hipertensos com base na Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Ceilândia (DF), Brasil, 2016.



Ao verificar os fatores de risco associados ao risco cardiovascular apresentou-se como significativo diabetes mellitus ($p=0,000$), dislipidemia ($p=0,026$) e a glicemia pós prandial alterada ($p=0,012$).

Tabela 6. Relação entre as características clínicas e o riscos cardiovasculares dos usuários. Ceilândia (DF), Brasil, 2016.

	Risco cardiovascular baixo	Risco cardiovascular Intermediário	Risco cardiovascular Alto	Valor de p^q
Idade ¹	9	21	46	0,380
Sexo feminino	9	21	46	0,452
Sobrepeso	7	13	38	0,457

Índice de massa corporal - obesidade grau II	3	8	16	0,079
Diabetes	0	0	37	0,000
Circunferência mulher maior ou igual que 80cm e homem maior ou igual a 94 cm	11	22	53	0,396
Dislipidemia	5	5	20	0,026
PA diastólica alterada	3	4	2	0,055
Glicemia pós prandial maior que 140	5	14	45	0,012

¹Idade categorizada: até 59 anos, maior = 60 anos; q - teste qui quadrado; Pressão Diastólica alterada quando < 60 ou > 100mmHg.

Discussão

Eventos cardiovasculares são consequentes principalmente de HAS, que por sua vez quando não tratada favorece o desenvolvimento de diversos outros fatores de risco, agravando a situação do indivíduo. Destacam-se fatores genéticos, comportamentais ou estilo de vida, idade, DM, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular encefálico (AVE) e doenças renais.⁹⁻¹¹

O presente estudo analisou a relação de fatores de riscos cardiovasculares e suas respectivas classificações em usuários atendidos em uma unidade básica de saúde. A prevalência de HAS no sexo feminino e na população mais idosa está associada a eventos cardiovasculares em outros estudos, assim como nesta pesquisa.^{7,12}

A predominância do gênero feminino é explicada de formas divergentes. Alguns estudos relatam que o predomínio de mulheres com HAS e consequentemente com risco cardiovascular elevado, pode estar associado ao fato de apresentarem maior sobrevida, com isso são susceptíveis a DCNT. Outros apontam que as mulheres tem maior preocupação com a saúde, e pelo fato da facilidade de acesso aos serviços de saúde devido ao maior número de programas de unidades básicas de saúde direcionadas à saúde da mulher comparado aos homens. Alguns estudos ainda relataram uma forte

associação entre pressão arterial e menopausa, a menor produção de hormônios femininos, como exemplo o estrogênio, diminui a proteção ocasionando o aumento dos níveis pressóricos. ^{13,15-16}

Outro fator de risco para HAS e DCV é o sobrepeso, isso porque está associado ao aumento do débito cardíaco e da resistência periférica causando vasoconstrição, sobrecarregando o miocárdio. Sendo assim, a manutenção do peso adequado é indispensável para a redução e prevenção de complicações. O sedentarismo está diretamente relacionado ao sobrepeso, onde no presente estudo observou que 35,1% dos entrevistados não tinham hábitos de práticas de atividades físicas. Riscos modificáveis como estes podem ser resolvidos com mudanças de hábitos e estilo de vida como alimentação regular e atividade física. ^{1,7,15}

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial apontam que o objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, as drogas utilizadas servem não só reduzir a pressão arterial mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. No presente estudo, a furosemida foi a droga mais utilizada. A furosemida é utilizada com o objetivo de manter a pressão arterial controlada, pois tem a capacidade de diminuir o volume extracelular ocasionando a redução da resistência vascular periférica, sua eficácia é comprovada em estudos onde resultados mostram diminuição da morbidade e da mortalidade devido eventuais cardíacos. Alguns estudos relatam a eficácia dos β -bloqueadores, porém ressaltam que usuários que faziam tratamento com essas drogas apresentavam maior número de eventos cardiovasculares. ¹⁷⁻²¹

Constatou-se uma alta incidência de usuários com HAS que apresentavam DM associada, sendo 37 usuários com as duas comorbidades simultaneamente. A Sociedade Brasileira de Cardiologia, HAS destaca que usuários com esta associação estão imediatamente classificados como alto risco cardiovascular, explicando parcialmente o

alto índice de usuários nesta classificação neste estudo. O DM consiste nas alterações endócrinas e metabólicas o que leva a resistência à insulina. Estudos mostram que o IAM, AVE e doenças renais são complicações frequentes ocasionadas por DM, isso o torna um fator de risco considerado alto desencadeando diversas complicações. Sendo assim a junção de HAS e DM potencializa a condição de ocorrer um evento cardiovascular. ^{6,22-23}

Ainda, em relação as comorbidades associadas ao maior risco cardiovascular, tem-se a dislipidemia, que é caracterizada por achado de níveis anormais de lipídeos e lipoproteínas no sangue. Essa produção lipídica descontrolada acarreta problemas sérios como a obstrução de vasos sanguíneos. É um fator de risco importante quando se relaciona á doenças cardiovasculares. Estudos mostram que anormalidades lipídicas são responsáveis pela maioria dos casos de IAM. ²⁴⁻²⁵

Constatou-se que estavam associados ao alto risco cardiovascular, os usuários hipertensos que apresentavam DM e dislipidemia. O acúmulo de glicose e a produção exagerada de lipídios, provocam o aumento da formação de placas de gorduras, gerando assim obstrução dos vasos sanguíneos, implicando assim num maior risco cardiovascular. ²²⁻²⁶

A associação entre os fatores de risco apontados tem efeito cumulativo, contribuindo para um maior risco de eventos cardiovasculares, o que pode explicar uma maior incidência de usuários com maior risco de eventos cardíacos apontados neste estudo.⁴

As limitações deste estudo se concentram na falta de recursos no âmbito do serviço público de saúde e na organização da unidade local do estudo, visto que os usuários hipertensos não recebiam acompanhamento de acordo com o preconizado. Faz-se necessário novas pesquisas com intuito de verificar as dificuldades em aderir ao tratamento adequado da hipertensão, com intuito de fazer orientação de acordo com as reais necessidades da população, buscando evitar que usuários de baixo e

intermediário risco de eventos cardiovasculares desenvolvam as complicações inerentes a esta patologia.

Conclusão

Diabetes mellitus, dislipidemia e inadequado controle glicêmico se apresentaram associados ao alto risco de eventos cardiovasculares na população desta pesquisa. Faz-se necessário estruturar o atendimento destes usuários hipertensos de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, na busca de prevenir com eficácia a progressão e complicação das doenças.

Referências

1. Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S, Soltanian AR. The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. Am J Epidemiol [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Abr 22]; 5(2):165-174. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28399566>
2. Zheng J, Zhou Y, Li S, Zhang P, Zhou T, Xu DP, et al. Effects and Mechanisms of Fruit and Vegetable Juices on Cardiovascular Diseases. Int J Sci [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Apr 22];18(3):555. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5372571/>
3. Rankinen T, Sarzynski MA, Ghosh S, Bouchard C. Are There Genetic Paths Common to Obesity, Cardiovascular Disease Outcomes, and Cardiovascular Risk Factors? Cir Res [Internet]. 2015 Feb [cited 2017 May 15];116(5):909-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25722444>
4. Nogueira JS, Melo LPL, Sousa SMA, Dias RS, Silva LDC. Fatores de risco cardiovascular e doença coronariana: uma análise em pacientes revascularizados. Rev Pesq Saúde [Internet]. 2016 Jan [cited 2017 Apr 19]; 17(1):37-41. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5501/3366>

5. Pereira IMO. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Liph Sci [Internet] 2015 June [cited 2017 May 15]; 2(2):21-40. Available from: <http://crfmg.org.br/comunicacao/proposta%20de%20intervencao.pdf>
6. Malachias MVB, Souza WKS, Planvik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras de Cardiol [Internet] 2016 Sept [cited 2017 Mar 27]; 107(3Supl.3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.asp
7. Pelazza BB, Portela RS, Barbosa AM, Martins MA, Leite GR, Paula CR. Prevalência de fatores de risco cardiovascular e fatores associados em usuários de unidades de saúde. J Nurs UFPE on line [Internet] 2016 June [cited 2017 Mar 09]; 10(9)3232-3240. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9691>
8. Milech A, Angelucci AP, Golbert A, Carrilho AJF, Ramalho AC, Aguiar ACB. VI Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. on line [Internet] 2015-2016 [cited 2017 May 23];6(1)11-12. Available from: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
9. Costa MS, Pereira JS, Dias AM, Leite ES, Oliveira BB. Ações de promoção à saúde para adesão de hipertensos ao tratamento. J Nurs UFPE on line [Internet] 2015 May [cited 2017 Apr 24]; 9(5)8395-8400. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6364>
10. Rodrigues HCA, Sá MPC, Rodrigues RHA. Tracing of chronic kidney disease in hypertensive and/or diabetic users. J Nurs UFPE on line [Internet] 2015 July [cited

2017 Apr 24]; 9(6)8706-8714. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/650>

2

11. Rezende LCM, Fontes WD, Martins KP, Santos SR, Albuquerque AV. Déficit de autocuidado em crianças com risco para hipertensão arterial. J Nurs UFPE on line [Internet] 2015 Nov [cited 2017 Apr 24]; 9(11)9771-9776. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10767>
12. Soar C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. Rev. bras. geriatr gerontol [Internet]. 2015 June [cited 2017 Apr 19]; 18(2):385-395. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200385&lng=en
13. Silva AZ, Costa AFA, Silva LMS. Panorama do cadastramento e internações relacionadas à hipertensão arterial na macrorregião de saúde Picos/PI. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 June [cited 2017 Apr 24]; 10(6)1937-1943. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/9215>
14. Mendonça ET, Almeida LC, Amaro MOF, Moreira TR, Diogo NAS, Ribeiro RCL. Perfil sociodemográfico, clínico e cardiovascular adicional de indivíduos hipertensos. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Apr 24]; 9(12):1182-1189. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10823>
15. Negreiros RV, Melo KDF, Cartaxo RMS. Caracterização epidemiológica de usuários com hipertensão e diabetes mellitus numa estratégia saúde da família. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Apr 24]; 10(2):744-749. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11015>

16. Muchanga M, Lepira FB, Tozin R, Mbelambela EP, Ngatu NR, Sumaili EK, et al. Prevalence and risk factors of pre-hypertension in Congolese pre and post menopausal women. *Afr Health Sci.* [Internet] 2016 Dec [cited 2017 July 03]; 16(4):979-985. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398444/>
17. Correia AA, Lima M, Lucena ALR, Silva CC. Identifying risk factors for systemic arterial hypertension in teachers of public schools. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Apr 24]; 11(1):264-271. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8126>
18. Chang TI, Evans G, Cheung AK, Cushman WC, Diamond MJ, Dwyer JP, et al. Patterns and correlates of baseline thiazide-type diuretic prescription in the systolic blood pressure intervention trial. *Hypertension* [Internet]. 2016 Jan [cited 2017 May 15]; 67(3):550-555. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26865200>
19. Furberg CD, Sealey JE, Blumenfeld JD; Unsuccessfully Treated Hypertension: A Major Public Health Problem With a Potential Solution. *Am J Hypertens* [Internet]. 2017 May [cited 2017 May 15] doi: 10.1093/ajh/hpx068. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28482060>
20. Nogueira LS, Marques PS, Lima MJ. Cochrane Corner: eficácia anti-hipertensora dos betabloqueadores seletivos beta-1 na hipertensão essencial. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 May 15]; 36(4):233-332. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255117300148>
21. Chowdhury EK, Ademi Z, Moss JR, Wing LMH, em nome do Segundo Australian National Blood Pressure Study Committee de Gestão CM. Custo-Utilidade do Tratamento com Inibidores de Enzimas de Conversão de Angiotensina Comparado com o Tratamento Diurético Tiazídico para Hipertensão em Idosos Australianos Considerando

- o Diabetes como Comorbidade. *Medicina* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 May 15]; 94(9):590. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553958/>
22. Silva FO, Suto CSS, Costa EL. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. *Rev. Saúde Col. UEFS* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 June 06]; 5(1): 33-39. Available from: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1007/795>
23. Nava S, Carreno I, Rempel C, Schwingel G, Pissaia LF, Belé P. Perfil epidemiológico da hipertensão e diabetes em mulheres. *Rev. Enferm. Atenção Saúde* [Internet]. 2015 June [cited 2017 June 08]; 4(1):42-54. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1262/1133>
24. Caram LMO, Ferrari R, Naves CR, Coelho LS, Vale SA, Tanni SE, et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes com DPOC: DPOC leve a moderada versus DPOC severa a muito grave. *J. Bras. Pneumol.* [Internet]. 2016 June [cited em 2017 June 09]; 42 (3): 179-184. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000300179&lng=pt. <Http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000121>.
25. Bonfim MR, Oliveira ASB, do Amaral SL, Monteiro HL. Tratamento da dislipidemia com estatinas e exercícios físicos: resultados recentes das respostas musculares esqueléticas. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2015 Abr [cited em 2017 June 09]; 104 (4): 324-332. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4415869/>
26. Lotufo PA, Santos RD, Sposito AC, Bertolami M, Rocha JFN, Izar MC, et al. Prevalência de alta Colesterol auto-reportados na População Brasileira: Análise do Inquérito Nacional de Saúde de 2013. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet] 2017 May Abr [cited em 2017 June 09]; 108 (5): 411-416. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591319>

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome/n° SES: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: ()F ()M

Endereço: _____ Telefone: _____

Medicamentos anti-hipertensivos em uso:

Fatores de Risco/História clínica do usuário:

Homem > 55 anos ou Mulher > 65 anos Sim () Não ()

Antecedentes familiares cardiovasculares Sim () Não ()

Diabetes Mellitus* Sim () Não ()

Circunferência Abdominal Homem > 94 Mulher > 80 ou Saleiro na mesa?

Sim () Não ()

Hipertensão Sim () Não ()

Tabagismo Sim () Não ()

Alcoolismo Sim () Não ()

Sedentarismo Sim () Não ()

Sobrepeso/Obesidade (IMC > 30) Sim () Não ()

Infarto Agudo do Miocárdio* Sim () Não ()

Insuficiência Cardíaca Congestiva* Sim () Não ()

AVC* Sim () Não ()

Doença Renal* Sim () Não ()

Dislipidemia Sim () Não ()

Dados clínicos do Usuário:

Pressão Arterial (valor + membro de aferição): _____

Frequência Cardíaca: _____

Frequência respiratória: _____

Glicemia (identificar se jejum (J) ou pós prandial (PP)): _____

Peso (Kg): _____

Altura (cm): _____

IMC: _____

Circunferência Abdominal: _____

Circunferência do Quadril: _____

RCQ: _____

Colesterol Total: _____

LDL: _____

HDL: _____

Triglicerídeos: _____

Clearence de creatinina**: _____

Urina tipo 1 (EAS): _____

Proteinúria: _____

Outros resultados: _____

Pulsos Carotídeos: Presente () Ausente () / Fraco () Cheio ()

Pulso Radial: Presente () Ausente () / Fraco () Cheio ()

Pulso Pedioso: Presente () Ausente () / Fraco () Cheio ()

Ingurgitamento de Jugular a 45°: () P ()

A Ausculta cardíaca: () BRNF () 2T ou () Arrítmicas

Ausculta pulmonar: () MV sem RA () RA Alterações da Visão () P () A

Risco Cardiovascular: () Baixo () Médio () Alto

*se o usuário apresentar qualquer das doenças descritas no anexo 2, sob o título “alto risco” são automaticamente classificados com ‘alto’ risco cardiovascular. ** Homem:
Clearance de Creatinina = $[(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso}(\text{kg})] / (\text{Creatinina Sérica} \times 72)$ Mulher:
Clearance de Creatinina = $[(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso}(\text{kg})] / (\text{Creatinina Sérica} \times 72) \times 0,85$

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, “**Risco cardiovascular em hipertensos de um centro de saúde em Ceilândia-DF**”, de responsabilidade da docente Prof.^a Tayse Tâmara da Paixão Duarte, contato (61) 8127-5796 e e-mail: taysepaixao@unb.br . O objetivo é realiza uma investigação para identificar os fatores de risco existentes em portadores de hipertensão arterial para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e avaliar o risco cardiovascular de acordo com o protocolo de Framingham e medidas antropométricas no Centro de Saúde nº08 da Ceilândia- DF.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá nos resultados da pesquisa sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la. A participação será através de um questionário que você deverá responder na unidade de saúde, com o tempo estimado para o preenchimento de aproximadamente 15 minutos. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos docentes na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Brasília/FCE, como pré-requisitos para a obtenção do certificado de conclusão de curso, podendo ser publicado posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador durante 5 anos sendo descartado após este período. O risco desta pesquisa é considerado mínimo visto que não haverá procedimentos invasivos. Podemos, neste caso, considerar o risco de exposição social e psicológica do indivíduo entrevistado. Já o benefício é de ser acompanhado de acordo com o risco cardiovascular preconizado pelo

Ministério da Saúde, recebendo orientações para a prevenção de doenças cardiovasculares.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos nacionais e internacionais após análise coletiva dos dados. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof. Tayse Tâmara da Paixão Duarte (telefone: 061-8127-5796) , na Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-8418, em horário comercial. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através: Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS-SES-DF, no endereço: SMHN - Quadra-03 - Conjunto A Bloco 1 - Edifício FEPECS . Brasília-DF. CEP: 70710-907. Ou por meio do telefone: (061) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Tayse Tâmara da Paixão, telefone: 06181275796.

Esse documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome/assinatura

Ceilândia, ____ de _____ de _____.

ANEXO 1 - Normas para publicação de acordo com a REUOL

Diretrizes para Autores:

Estrutura dos artigos

TÍTULO (Português)

AUTORES (1-8, no máximo)

RESUMO (Português)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol)

CREDENCIAIS DOS AUTORES (Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo)

INTRODUÇÃO

OBJETIVO

MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSSÃO

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS: Estilo

Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Os requisitos mínimos para um manuscrito se qualificar para revisão são de que foi preparado seguindo rigorosamente o formato e estilo da Revista como mencionado nas "Diretrizes para Autores", e escrito em um bom português. Os manuscritos que não tenham cumprido estes requisitos são RECUSADOS e ARQUIVADOS.

A REUOL adota o uso das seções convencionais em todos os artigos INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO.

Os AGRADECIMENTOS e FINANCIAMENTO deverão constar antes das REFERÊNCIAS. A

coleta de dados não deve ter sido há mais de 3 anos. Os seguintes documentos devem ser anexados como documentos suplementares no sistema on line da Reuol:

1. Artigos em uma das categorias ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA, NOTA PRÉVIA - que envolvam SERES HUMANOS, anexar os documentos (a) e (b); o de REVISÃO SISTEMÁTICA (Metanálise), apenas o (b) e (c):

a) CÓPIA DA APROVAÇÃO do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

b) FORMULÁRIO de declaração (download em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc)

c) Checklist e fluxograma PRISMA: envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis - PRISMA em MS Word ([checklist](#) e [fluxograma](#)); utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

◆ LAYOUT DA PÁGINA:

1) PAPEL OFÍCIO (21,59 x 35,56 cm)

2) MARGENS DA PÁGINA: de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ LETRA: Trebuchet MS de 12-pontos

◆ NÃO USAR: rodapé/notas/espacamento entre parágrafos/não separar as seções do artigo

◆ ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS em todo o ARTIGO

◆ TEXTO: sequencial e justificado sem separar as seções

◆ NÚMERO DE PÁGINAS:

1) 30 (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências)

2) NUMERADAS no ângulo superior direito a partir da primeira página

3) PARÁGRAFOS: 0,5 cm.

◆ NÚMERO DE REFERÊNCIAS: 30 no máximo (atualizadas nos últimos 5 anos, exceto para Revisão Integrativa/Sistemática/Metanálise. Citar, pelo menos, 3 referências estrangeiras). No mínimo, 60% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 3 anos. Não há limites de referências para Revisão Integrativa/Sistemática/Metanálise. Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, monografias, TCCs, livros (exceto os que fundamentam o método de pesquisa) e capítulos. Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.

◆ NÃO APRESENTAR referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões).

◆ TÍTULO: Português, com 15 ou menos palavras; NÃO EMPREGAR: siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional. Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO.

◆ AUTORES: 1-8 no máximo. Nome completo de cada um, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. *Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo¹, Maria Joana Prado², Francine Brasil³

◆ RESUMO: Português, NÃO MAIS que 150 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: Objetivo: Método*: Resultados: Conclusão:

**Descritores/Descriptors/Descriptores (iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos: conjunções e preposições), separados por ponto e vírgula (;): *Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), ou do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#).

*MÉTODO – tipo de estudo, abordagem do estudo, população/amostra, instrumento de coleta, análise dos dados, apresentação dos resultados.

*MÉTODOS – Revisão Sistemática de Literatura/Metanálise: tipo de estudo; a definição da questão de pesquisa; delimitação temporal; fonte de busca (bases de dados, bancos de dados, repositórios, coleções de bibliotecas virtuais); os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

Credenciais e afiliação dos autores: Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

*Ex: 1Enfermeiro, Professor Doutor, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: reuol.ufpe@gmail.com

*Autor responsável para troca de correspondência: nome completo, endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; Estado; CEP, telefone (celular). Ex:

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Universidade Federal de Pernambuco

Departamento de Enfermagem

Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE

Cidade Universitária

CEP 50670-901 - Recife (PE), Brasil

Fone: (083) 99993-6636

◆ TEXTO: Os manuscritos devem apresentar: 1) INTRODUÇÃO; 2) OBJETIVO/S; 3) MÉTODOS; 4) RESULTADOS; 5) DISCUSSÃO; 6) CONCLUSÃO; 7) AGRADECIMENTOS (opcional, só a pessoas); 8) FINANCIAMENTO (por agências de fomento à pesquisa) 9) REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

*Método – tipo de estudo; abordagem do estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; apresentação dos resultados, citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

*Método – Revisão Sistemáticas e Metanálise (utilizar os guias internacionais): [checklist](#) e [fluxograma](#) PRISMA em MS Word.

◆ TABELAS (conjunto TABELAS + FIGURAS = 05): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não deixar visíveis as linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. O material explicativo deve ser apresentado abaixo da tabela, não no título. Descrever as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

◆ ILUSTRAÇÕES (conjunto FIGURAS + TABELAS = 05): fotografias (coloridas), desenhos, gráficos e quadros são considerados FIGURAS, que devem ser elaboradas usando as várias tonalidades do verde. O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ("quadros") ou Excel ("gráficos") permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel.

◆ CITAÇÕES: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e após o ponto final (ex.*). Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final. .1

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três

linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e parágrafo 2,0 linhas (sem as aspas e itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Segui RIGOROSAMENTE as "Diretrizes para Autores", na seção "SOBRE": <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/about/submissions#onlineSubmissions>

SEI que havendo incompletude ou inadequação a submissão SERÁ ARQUIVADA após comunicado. Novo processo de submissão deverá ser INICIADO.

Declaração de Direito Autoral

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito bi(tri)lingue (TÍTULO DO ARTIGO) à Revista de Enfermagem UFPE on line/Reuol.

O(s) signatário(s) garante(m) que o artigo é original, que não infringe os direitos autorais ou qualquer outro direito de propriedade de terceiros, que não foi enviado para publicação em nenhuma outra revista e que não foi publicado anteriormente.

O(s) autor(es) confirma(m) que a versão final do manuscrito foi revisada e aprovada, pois os seguintes critérios foram atendidos, de modo a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;

2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;

3. Ter aprovado a versão final.

Concordo/amos que o manuscrito bi(tri)lingue, uma vez publicado, torna-se propriedade permanente da Revista de Enfermagem UFPE on line/Reuol e não pode ser publicado sem o consentimento por escrito do Editor-Chefe.

_____ / _____ / _____ 12

Local e data

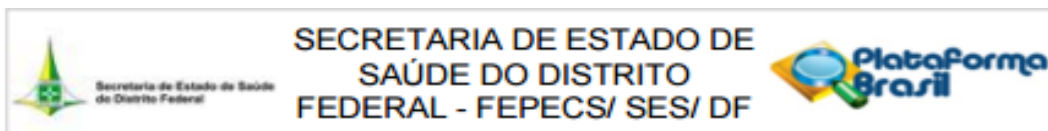
Assinatura_____

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados na REUOL serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ISSN: 1981-8963

Anexo B - Termo de autorização de pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO CARDIOVASCULAR EM HIPERTENSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE EM CEILÂNDIA-DF

Pesquisador: TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51577815.4.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.398.853

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Recomendações:

*O TCLE deverá ser elaborado com linguagem simples e acessível ao sujeito da pesquisa, de tal modo que o paciente deve ser suficientemente esclarecido e não apenas "informado" quanto a todos os detalhes do projeto de pesquisa, portanto deverá ficar claro para os participantes da da pesquisa o que é a escala de Framingham e medidas antropométricas e outras linguagens técnicas, descrevê-las em linguagem simples e acessível. Pendência atendida.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 1.398.853

Alterar o cronograma da pesquisa conforme provável aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois a coleta de dados só poderá ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP/FEPECS. Pendência atendida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências solicitada atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_619418.pdf	16/12/2015 08:56:47		Aceito
Outros	CRONOGRAMA.pdf	16/12/2015 08:55:46	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/12/2015 08:55:09	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito
Outros	TAYSE.pdf	24/11/2015 21:07:14	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito
Outros	LATTES_LUD.pdf	24/11/2015 21:06:02	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito
Outros	TERMO.pdf	24/11/2015 21:01:21	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	24/11/2015 21:00:07	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	24/11/2015 20:57:17	TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 1.398.853

BRASILIA, 01 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Hello Bergo
(Coordenador)