

CURSO DE ENFERMAGEM

Andre Luiz Konzen

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA
CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul
2020

Andre Luiz Konzen

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ
DO SUL**

Trabalho de Curso, modalidade monografia, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Anelise Miritz Borges

Santa Cruz do Sul
2020

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2020

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ
DO SUL**

Andre Luiz Konzen

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em 18 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profª Enfª Drª Anelise Miritz Borges
Profª Orientadora – UNISC

Profª Enfª Drª Leni Dias Weigelt
Profª Examinadora - UNISC

Profª Enfª Drª Aline Fernanda Fischborn
Profª Examinadora - UNISC

RESUMO

O Brasil tem sofrido fortes alterações na estrutura etária da sua população, havendo uma redução na proporção de crianças e jovens e aumento da proporção de idosos e da expectativa de vida, tornando a pirâmide etária brasileira semelhante à de países europeus, o que implica em um redimensionamento de ações nos serviços de saúde, com atenção especial às Doenças Crônicas não Transmissíveis, entre elas a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico de idosos hipertensos e diabéticos assistidos em uma Estratégia Saúde da Família em Santa Cruz do Sul. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo com análise numérica simples de dados secundários, estruturados em quadros, gráficos e mapas. Foram 29 prontuários analisados, obtendo-se a prevalência do sexo feminino, com idades entre 60 e 69 anos, raça branca e parda e a baixa escolaridade, com maior representatividade nas microáreas um e quatro. Os níveis pressóricos ficaram inferiores a classificação estágio três e os glicêmicos, permaneceram inferiores a 200mg/dL. Foram poucos os registros antropométricos (peso, altura e índice de massa corpórea) nos prontuários, assim como, houve o baixo número de consultas pelo enfermeiro e médico, evidenciado o uso simultâneo de duas ou mais classes medicamentosas, o que traz o risco da prática da polifarmácia. Compilar os dados, permitiu a criação de um mapa e identificar a população por sexo, média etária e microáreas com maior representatividade de casos no intuito de direcionar ações preventivas e de controle, servindo de aprendizado para o pesquisador que pode compreender sua complexidade e importância. Constata-se a necessidade de uma maior atenção e gerenciamento de dados que compõe o histórico do usuário afim de direcionar intervenções e avaliar eficácia do serviço prestado.

Palavras-chave: Epidemiologia. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS	Estratégia do Departamento da Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional
HA	Hipertensão Arterial
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MA	Microárea
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
NPH	Neutral Protamine Hagedorn (Insulina Humana)
PA	Pressão Arterial
RS	Rio Grande do Sul
SCS	Santa Cruz do Sul
SIS-HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivo específico	9
3	JUSTIFICATIVA	10
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
4.1	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA)	11
4.2	Hipertensão arterial: conceitualização, classificação, diagnóstico e medidas preventivas	12
4.3	Diabetes mellitus: conceitualização, classificação, diagnóstico e medidas preventivas	15
4.4	Justificativa para abordagem conjunta HA e DM	18
4.5	A atuação do enfermeiro	19
5	METODOLOGIA	21
5.1	Tipo de Pesquisa	21
5.2	Local da Pesquisa	21
5.3	Sujeitos do estudo	22
5.4	Instrumento para coleta de dados	23
5.5	Procedimentos	24
5.6	Procedimento éticos	24
5.7	Análise dos dados	25
6	RESULTADOS	26
7	DISCUSSÃO	35
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	46
	APÊNDICE B - Justificativa de ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	47
	ANEXO A - Aceite da Instituição parceira	48
	ANEXO B –Termo de aceite institucional para o CEP	49

ANEXO C – Carta de apresentação do projeto	50
ANEXO D -Termo de confidencialidade.....	51
ANEXO E - Parecer consubstanciado do CEP	52

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem sofrido fortes alterações na estrutura etária da sua população, havendo uma redução na proporção de crianças e jovens e aumento da proporção de idosos e expectativa de vida. Segundo dados do IBGE, referentes a 2008, em poucos anos, o Brasil terá uma pirâmide etária semelhante a de países europeus, situação esta, que implica em um redimensionamento das ações nos serviços de saúde, dado aumento de idosos e de doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011).

Em um contexto mundial, as DCNTs são consideradas as principais causas de morte e corresponderam a 63% dos óbitos no ano de 2008, sendo 80% em países de baixa e média renda. Um terço destes óbitos são de pessoas com idade inferior a 60 anos. Diante desta situação, o Ministério da Saúde criou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento do problema das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022, procurando confrontar o problema e a criação de políticas públicas integradas e sustentáveis, envolvendo não só o controle mas também, a análise dos fatores de risco (BRASIL, 2011).

No Brasil, as DCNTs correspondem à 72% das causas de mortes, atingindo principalmente camadas sociais inferiores e grupos populacionais vulneráveis, dentre os fatores de risco, estão o baixo nível de atividade física, consumo de alimentos ricos em açúcares seguido do aumento do peso (BRASIL, 2011). Para tanto, hábitos de vida prejudiciais à saúde, contribuem para o surgimento de doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA) (BRASIL, 2011).

Logo, Radigonda, Souza, Cordoní Júnior e Silva (2016) afirmam que devido as DCNTs serem a primeira causa de morte e de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o acompanhamento das pessoas com estes diagnósticos, necessariamente precisa ser realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, tanto no Brasil, como no mundo, poucos indivíduos têm recebido o tratamento contínuo e integralizado que deveriam (HUQUE et al., 2018).

Outra estratégia em prol da saúde da população acometida por HA e DM é o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA). Esta ferramenta possui o objetivo de monitorar os pacientes na rede ambulatorial do SUS, a fim acompanhar os pacientes na rede ambulatorial e unidade de atenção básica de saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para assim,

conhecer o perfil epidemiológico e realizar um controle rigoroso das ações assistenciais e também da compra, dispensação de medicamentos e demais insumos (SOUZA et al., 2016). Através do sistema de monitoramento do HIPERDIA, os dados são encaminhados ao Cartão Nacional de Saúde, o que garante a identificação única do usuário do SUS e maior funcionalidade com eficiência do serviço (BRASIL, 2008).

Segundo o Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017), a HA está frequentemente associada há distúrbios metabólicos, funcionais e estruturais de órgãos no corpo humano. Fato este, relacionado, muitas vezes, à dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. É fortemente relacionada com eventos de morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica.

Considera-se a HA uma doença de alta incidência, mas com fácil diagnóstico clínico, protocolos de atendimento e o custo do tratamento, relativamente baixo. Por ser uma doença assintomática por grande período, dificulta o diagnóstico e tem seu tratamento frequentemente negligenciado pelos usuários. Cerca de 30% dos diagnósticos não contam com a adesão ao tratamento (GOMES et al., 2015).

Outro problema de saúde, é a DM, que possui um grande crescimento em todos os países no mundo. Estima-se que 8,8% da população mundial, entre 20 e 79 anos, ou seja 424,9 milhões de pessoas vivem com a doença. Segundo estimativas, pode chegar a 628,6 milhões até 2045, obtendo maior número de casos (79%) em países em desenvolvimento (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2017 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No Brasil, este crescimento no número de pessoas com a doença, não é diferente, na capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), a diabetes cresceu 112,8% na população masculina, de 2006 a 2017, e na comparação com as demais capitais, em 2017 os homens de Porto Alegre apresentaram a terceira maior taxa de diagnóstico médico de diabetes, atrás de Boa Vista e Belo Horizonte. Já entre as mulheres, a capital gaúcha também ficou entre os maiores percentuais da doença (7,8%) (MACIEL, 2018).

O aumento de pessoas com DM está relacionado aos mais variados fatores como urbanização, transição epidemiológica e nutricional, sedentarismo, excesso de peso, envelhecimento populacional e a maior sobrevida dos pacientes doentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Para Negreiros et al. (2016) é muito importante que a equipe multiprofissional que atua nas unidades de atenção

básica, conheça o perfil dos usuários e utilize os programas em prol da saúde de sua população. Aliar o HIPERDIA nas práticas com os usuários diabéticos e hipertensos é atuar na prevenção e no controle dessas patologias, contribuindo para a redução de possíveis agravos. Assim, percebe-se que os estudos epidemiológicos são fundamentais para subsidiar dados importantes para fundamentar as políticas de saúde voltadas a esta temática (SOUZA et al., 2016). Logo, propõe-se como problema de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico de idosos hipertensos e diabéticos assistidos em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz do Sul (SCS)?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil epidemiológico de idosos hipertensos e diabéticos assistidos em uma Estratégia Saúde da Família em Santa Cruz do Sul.

2.2 Objetivo específico

Elaborar um mapa contendo o número de hipertensos e diabéticos por sexo e média etária, dispostos nas microáreas da Estratégia Saúde da Família pesquisada.

3 JUSTIFICATIVA

Segundo Silva, Soto, Costa (2015), a condução de estudos epidemiológicos, permite conhecer a população e delimitar estratégias de saúde pública. É relevante para os profissionais de saúde, conhecerem os dados epidemiológicos de sua população a ser assistida, porque ao focar nas necessidades reais, delimita com maior atenção, o que realmente é preciso ser feito.

O SUS utilizando-se das redes de atenção básica, tem o intuito de ofertar cuidados adequados a necessidade de cada usuário, cabe a enfermagem, desenvolver cuidados específicos aos usuários com HA e/ou DM, baseando-se nos princípios do SUS (RABELO et al., 2019). A exemplo tem-se, de acordo com Borda (2017) a atuação multiprofissional no desenvolvimento de caminhadas, palestras e encontros educativos, os quais são direcionados de acordo com as demandas da comunidade e do público vinculado ao HIPERDIA. Por isso, conhecer este grupo é relevante para fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais, mas também corresponsabilizar a todos quanto à importância de cuidar da saúde.

A Atenção Primária em Saúde deve se equipar para suprir os pontos vulneráveis e necessidades humanas de cada território, reduzindo e amenizando os impactos causados pela presença de comorbidades por meio da assistência em saúde de qualidade (FERREIRA; IWAMOTO, 2017). É importante salientar que, 60 a 80% dos casos de HA e DM podem ser tratados, utilizando medidas de prevenção e promoção de saúde (BORDA, 2017), assim, justifica-se a importância de conduzir a presente pesquisa, pois investigar o perfil de hipertensos e diabéticos, assistidos em uma unidade de ESF em SCS, permitirá conhecer a população, as características que estas doenças apresentam na região de cobertura da unidade, o que poderá colaborar no planejamento e desenvolvimento de ações fundamentadas na ciência e determinadas ao bem estar dos usuários.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA)

O programa HIPERDIA tem sua origem no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao DM, criado no ano de 2001, dispendo como meta garantir acompanhamento e tratamento sistematizados, utilizando de ações e de capacitações de profissionais e reorganização do serviço. Consiste de uma estratégia utilizada para acompanhar os usuários diabéticos e hipertensos visando aproximar usuários e equipes das estratégias de saúde da família (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

O HIPERDIA é fruto de parcerias entre várias sociedades científicas, entidades de pacientes com estas patologias juntamente com os 27 estados brasileiros, Distrito Federal e com 5.563 municípios representados pelos Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS). Para os casos suspeitos, são criados protocolos clínicos e treinamentos de profissionais de saúde, garantindo que medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH sejam distribuídos de maneira gratuita (NASCIMENTO et al., 2017).

Ramos, Filha, Silva (2015) estabelecem que o programa HIPERDIA tem como principal objetivo o acompanhamento, possuindo ações desenvolvidas por profissionais que atuam na saúde da família destacando o enfermeiro, avaliador do acompanhamento, cabendo a ele, a repetição da terapia medicamentosa em usuários sem intercorrências. Considera que o HIPERDIA, além de reorganizar a atenção básica, é uma das maiores intervenções propostas com grande impacto nessas enfermidades, ressaltando ainda sua importância na prevenção destas doenças, suas complicações e a promoção da saúde.

Soeiro et al (2019) define que o programa HIPERDIA possibilita a monitorização dos usuários e que estes dados e informações fornecem subsídios para os profissionais e gestores atuarem com maior segurança científica. Além das ações diretas do HIPERDIA, há o SIS-HIPERDIA, uma ferramenta de informatização, criada em 2001 indicada para o cadastro e o acompanhamento dos usuários na rede básica de saúde. Trata-se de uma maneira de organização das informações, utilizadas pela

gestão local, estadual e federal (NASCIMENTO et al., 2017).

Posteriormente, no ano de 2013 o Ministério da Saúde lançou uma nova ferramenta, o E-SUS Atenção Básica, um software público que passa a integrar e centralizar em um único sistema, as informações de todos os serviços de saúde utilizados até então, agilizando e qualificando a atenção a saúde com uma significativa redução de custos (CONASS, 2013). Deste modo, esta alteração na forma de cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos permanece até hoje, enfatizando a importância do acompanhamento destes usuários.

4.2 Hipertensão arterial: conceitualização, classificação, diagnóstico e medidas preventivas

Constituída de uma condição crônica, clínica e multifatorial, a HA se caracteriza por níveis pressóricos elevados sustentados, onde ocorrem alterações de funcionamento de órgãos ou estruturas alvo (coração, rins, encéfalo, vasos sanguíneos e alterações metabólicas) geralmente são associadas e relacionadas com um aumento no risco de alterações cardiovasculares fatais e não-fatais. A comorbidade é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e 50% dos casos por insuficiência renal terminal, esta associando à DM (MENDES; SILVA; FERREIRA, 2018).

A pré-hipertensão caracteriza-se pela fase inicial da doença, cujos níveis pressóricos sistólicos ficam entre 121 e 139 e/ou 139 milímetros de mercúrio (mmHg) e/ou diastólica entre 81 e 89 mmHg. A alteração dos níveis está associada ao risco de desenvolvimento de HA e anormalidades cardíacas sendo que, um terço dos eventos de nível cardiovascular estão relacionados com o aumento da pressão arterial em pacientes pré-diabéticos. Há um maior risco naqueles com níveis entre 130 e 139 ou 85 e 89 mmHg do que em pacientes com níveis entre 120 e 129 ou 80 e 84mmHg. Consequentemente, evidências epidemiológicas constataam que a pressão arterial de indivíduos pré-hipertensos, necessita de monitorização contínua, pois apresenta um significativo risco de desenvolver HA e complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Quanto aos fatores de risco para HA, existe uma associação direta e linear

com o envelhecimento relacionados ao aumento da expectativa de vida da população, conseqüentemente ao aumento na população de idosos. Os riscos mostram-se mais fortemente em mulheres e em pessoas de raça/cor negra, se comparados a pardos e brancos. O excesso de peso é outro fator, assim como o consumo excessivo de sal, algo ignorado pela maioria da população. Fatores como, o consumo excessivo de álcool, sedentarismo e a condição socioeconômica baixa também estão relacionados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da HA são inúmeros, onde é possível classificá-los em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são basicamente hábitos de vida sociais. Entre os não modificáveis estão a idade, hereditariedade, sexo e raça (FREITAS et al., 2020).

Frente ao diagnóstico da HA, reitera-se a importância da classificação do estágio pressórico, por isso, as suspeitas ou a identificação de risco cardiovascular ou causas secundárias, são indicadas. Investigação de lesões em órgãos-alvo e doenças associadas também devem ser realizadas. As principais formas de avaliação é a medição da pressão arterial, presença de história prévia (pessoal/familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. Estas devem ocorrer em todos os pacientes e novas análises ou complementares em grupos específicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A verificação da pressão arterial pode ser realizada no consultório ou na residência, seguindo orientações quanto à realização, medições fora do consultório são estimuladas com o intuito de obtenção de mais medidas e maior comprometimento do paciente. Outro método utilizado é o da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), o qual permite o registro indireto intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente estiver realizando suas atividades cotidianas. Tem a vantagem de identificar alterações circadianas durante vigília e sono, possibilitando assim, prognósticos consideráveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A classificação normotenso, refere-se aos níveis pressóricos $\leq 120/80$ mmHg. Os pacientes que permanecerem com níveis dentro da normalidade com uso de anti-hipertensivo são considerados hipertensos com pressão controlada. A presença de níveis pressóricos sistólicos entre 121 e 139 e diastólicos entre 81 e 89 mmHg caracterizam o estado de pré-hipertensão. O quadro de hipertensão pode ser classificado em hipertensão de estágio 1, com níveis pressóricos de 140 a 159 mmHg

para valores sistólicos e 90 a 99 mmHg para valores diastólicos; Hipertensão estágio 2 para valores entre de 160 a 179 sistólicos e 100 a 109 diastólicos e hipertensão estágio 3 para valores ≥ 180 sistólicos e ≥ 110 diastólicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Existe ainda, a hipertensão do avental branco, uma condição em que se elevam os níveis pressóricos quando aferidos no consultório, se comparados a aferições feitas fora dele. A hipertensão mascarada ocorre de forma inversa, a hipertensão sistólica isolada ocorre mais frequentemente em idosos e caracteriza-se com uma elevação dos níveis sistólicos e a manutenção dos diastólicos em níveis considerados normais, esta representa um importante fator de risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Diante das medidas de prevenção para a HA, a mudança no estilo de vida é indicada de forma contextualizada e individual. O peso corporal deve ser mantido dentro dos parâmetros avaliados com a medida do Índice de Massa Corporal (IMC), estabelecido pelo cálculo do peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros, obtendo se valores ideais entre 20 kg/m² e 25 kg/m². Para alcançar tais valores, é indicado manter uma dieta balanceada e realização de exercícios físicos, já o uso de anorexígenos não é recomendado por aumentar o risco cardiovascular. Níveis de ingestão de sódio diário não devem exceder 2,4g de sódio ou 6g de cloreto de sódio. Nesta contagem devem ser somados os níveis presentes em produtos naturais, preparados em casa e industrializados. Aumentar a ingestão de potássio para que fique entre 2 e 4 gramas (g), elemento encontrado em frutas e vegetais em natura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Outro aspecto incide na redução e abandono do hábito etílico, sendo compatível com a ingestão de 720ml de cerveja, 240ml de vinho ou 60ml de bebida destilada, e, para mulheres, é considera metade destes valores. Indicada a realização de exercícios físicos (30 a 45 minutos por dia, no mínimo três vezes por semana) e a manutenção da ingestão de cálcio e magnésio. Evitar tabagismo e tratar dislipidemias também são considerados essenciais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

A literatura aponta ainda dados diferentes na prevalência entre os sexos. Em mulheres pode ser influenciado pelo uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa. Outra justificativa é a inserção no universo e profissional causando um aumento de estresse, pela

sobrecarga de exigências profissionais com as atribuições domésticas. Nos homens um aspecto relacionado são os cuidados com a saúde (SILVA et al., 2016).

Prevenir os fatores de risco se constitui na principal estratégia para postergar ou evitar danos em órgãos alvo. Mesmo assim, o percentual de fatores de risco em acompanhamento pós internação por doença cardíaca ainda são elevados, mantendo aumentadas a morbidade e mortalidade e dos custos de tratamento (ALMEIDA; FOOK; MARIZ, 2016).

4.3 Diabetes mellitus: conceitualização, classificação, diagnóstico e medidas preventivas

Constituída como um distúrbio metabólico que tem por característica, a hiperglicemia persistente causada pela deficiência na produção de insulina ou em sua ação ou mesmo pode ocorrer nos dois modos. Associada a complicações micro e macrovasculares crônicas, ao aumento da morbidade, diminuição da qualidade de vida e aumento da taxa de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Para a classificação da comorbidade em questão, tem-se a DM tipo 1, tipo 1a, tipo 1b, tipo 2 e gestacional. Logo, a DM tipo 1, caracteriza-se por ser autoimune, poligênica causada pela destruição de células beta (β) pancreáticas causando total estagnação na produção de insulina. Tem diagnóstico mais frequente em crianças, jovens, adolescentes e em situações específicas em adultos jovens, e afeta ambos os sexos igualmente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Nas modalidades "a" e "b" da DM tipo 1, a forma mais presente é a tipo 1a, dada a presença de um ou mais anticorpos circulantes com uma grande relação com o antígeno leucocitário humano DR3 e DR4, relacionada a predisposição genética e fatores ambientais, desencadeando resposta autoimune. A presença de anticorpos pode se antecipar a hiperglicemia por meses ou anos durante a fase pré-diabética, e quanto maior o número de anticorpos, maior a chance de desenvolver o problema já a cetoacidose diabética costuma ser sua primeira manifestação. A DM tipo 1b ou idiopática, se manifesta pela não detecção de autoanticorpos circulantes, dificultando o diagnóstico, logo sua terapêutica é a mesma da DM tipo 1a, pois apresenta os

mesmos riscos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

A DM tipo 2 é multifatorial e corresponde a uma parcela de 90 a 95% da totalidade de casos, envolve componentes genéticos e ambientais. Em sua grande maioria, acomete indivíduos com mais de 40 anos, poligênica com heranças genéticas que ainda são uma incógnita para a ciência. Hábitos alimentícios errôneos e a falta de atividade físicas, são apontados como grandes fatores de risco e contribuem para a obesidade. A hiperglicemia contínua e a hiperplacogonemia fazem com que haja uma resistência à insulina em tecidos periféricos, um aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e ácidos graxos livres circulantes. Há também a elevação da reabsorção renal da glicose causando deficiências na síntese e secreção da insulina pelas células beta pancreáticas, e, ao contrário da DM1 não apresenta indicadores específicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Geralmente é diagnosticada ao acaso em exames laboratoriais por não apresentar sintomas em sua fase inicial. Podem apresentar sintomas clássicos como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento inexplicado, a cetoacidose diabética dificilmente ocorre em fases iniciais de DM tipo 2. Dentre os fatores de risco estão aqueles associados ao histórico familiar, envelhecimento, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes, diabetes mellitus gestacional nas mulheres e componentes de síndrome metabólica como a HA e a dislipidemia. Faz-se necessário a coleta de exames laboratoriais para o diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Para Carvalho, Silva (2016) as origens da doença não estão somente atreladas a fatores genéticos, mas sim com o seu comportamento ao longo dos anos como a ausência de atividade física, tabagismo, e a obesidade. Em sua análise deve se considerar as causas, evolução clínica ou pelo tratamento utilizado.

Durante a gestação ocorre uma série de alterações no organismo feminino, logo, a DM gestacional pode se manifestar neste período. A placenta passa a produzir hormônios hiperglicemiantes e enzimas placentárias degradadoras de insulina, ocorrendo como consequência um aumento compensatório na produção e resistência à insulina, situação que pode levar a perda de função das células beta, mesmo sem atender aos critérios de diagnóstico de DM. A DM gestacional, geralmente traz riscos à mãe e ao feto e é diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gestação, podendo persistir pós o parto, se tornando fator de risco para DM tipo 2, assim sua

prevalência é de 1 a 14% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Existem ainda outras formas de diabetes mellitus que são causadas por uma série de alterações de base, cada uma delas depende do que causou o distúrbio do metabolismo da glicose, assim, suas origens geralmente genéticas, resultam em uma disfunção nas células beta pancreáticas, alterações na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino entre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Historicamente, a DM começa a demonstrar alterações fisiopatológicas muito tempo após o seu diagnóstico. Durante o período da pré-diabetes apresenta valores acima dos normais, mas não suficientemente altos a fim de caracterizarem a doença. Ao decorrer deste período já ocorre a resistência à insulina e, sem controle dos fatores de risco a doença se instala. Por serem assintomáticos a grande maioria dos casos de DM ou pré-diabetes são somente constatados com exames laboratoriais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os indivíduos acometidos tem tendência a deteriorar sua saúde com o passar do tempo, principalmente após 10 anos de convívio quando costumam a aparecer as complicações derivadas do mau controle da glicemia, o que pode refletir negativamente na qualidade de vida. Causa um impacto físico e emocional significativo, ocasionando uma diminuição da autonomia e na autoconfiança dos indivíduos, principalmente por causar uma percepção errônea de si próprio fazendo com que se sintam incapazes (LIMA et al., 2018).

O rastreamento inicial pode ser realizado de forma simples, com utilização de questionário (durante a consulta de enfermagem por exemplo). Deve se priorizar indivíduos com mais de 45 anos, sobrepeso/obesos, HA ou histórico familiar de DM tipo 2 (considerando parentes de primeiro grau). Fatores como pré-diabetes, história prévia de DM gestacional, uso de corticoides, diuréticos, tiazídicos e antipsicóticos, pielodontite, infecções micóticas, hepatite C e outras infecções virais crônicas devem ser um alerta, assim como, pacientes que apresentam DM tipo 2, o fatores risco cardiovascular precisa ser monitorados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

São indicados testes laboratoriais como glicemia jejum, hemoglobina glicada (HbA1c) e glicemia de 2 horas pós sobrecarga (considerado o melhor por diagnosticar mais casos). Não existe determinação de tempo entre rastreamentos, mas considera-se importante conduzi-lo a cada três ou quatro anos. Em pacientes com fatores de risco ou pré-diabetes, o recomendado é um rastreio anual. Considera-se como base,

os resultados entre 100 e 125 miligramas por decilitro (Mg/dL) para glicemia jejum, hemoglobina glicada (HbA1c) entre 5,7 e 6,5% e glicemia de 2 horas pós-sobrecarga entre 140 e 200 Mg/dL. Vale a ressalva de que pré-diabetes não é considerada patologia em si, mas uma condição de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Mesmo se tratando de uma doença sem cura definitiva, a aplicação de um tratamento pode melhorar muito a qualidade de vida. A falta de adesão ou de tratamento pode levar as consequências como a diminuição da expectativa de vida, amputações de membros inferiores, cegueira, doença crônica renal e partos prematuros (SECRETARIA DA SAÚDE RS, 2020).

Importante frisar o papel do paciente no controle da doença. Controlar níveis glicêmicos se faz necessário para todos os tipos de diabetes. A leitura dos níveis de glicose com o uso do glicosímetro, além do controle, amplia a compreensão sobre o efeito dos alimentos ingeridos, do estresse, das emoções e dos exercícios. Além disso reduz o risco por uso excessivo de hipoglicemiantes servindo como parâmetro para tomada das decisões sobre doses em tempo real, efetivando o ajuste de doses e número de aplicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O Ministério da Saúde preconiza como medidas de prevenção, uma alimentação balanceada e a realização de atividades físicas. Hábitos como ingerir verduras e legumes diariamente e/ou três porções de frutas, assim como, reduzir o uso de sal, açúcar, gorduras e exercícios físicos regulares (30 minutos diários). Cita ainda a importância do controle do peso e o abandono do tabagismo. Pode-se ainda optar por associar a forma não farmacológica com a farmacológica, principalmente quando o risco de HbA1c for maior de 6% (BRASIL, 2020).

4.4 Justificativa para abordagem conjunta HA e DM

As patologias apresentam a possibilidade de associação em torno de 50%, e apresentam, uma série de aspectos em comum, conseqüentemente, há uma grande necessidade de se realizar uma abordagem conjunta para o desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento (BRASIL, 2002). Em 2012 houve a prevalência simultânea destas doenças nos idosos brasileiros superior a 15%, por isso, abordar conjuntamente o plano terapêutico é fundamental, pois um usuário com diabetes, especialmente o tipo 2, tem maior probabilidade de desenvolver um quadro de

hipertensão arterial. Assim como, a hipertensão aumenta as possibilidades de aparecimento de diabetes. Não obstante, alguns medicamentos para hipertensão podem agravar a diabetes, o que mostra a importância do monitoramento (FRANCISCO et al., 2018).

Fatores como o início assintomático, na grande maioria dos casos, requer alterações de hábitos de vida, resistência vascular periférica, disfunção no endotélio, cronicidade e indispensabilidade de acompanhamento contínuo. Além disso, é importante destacar que existem medicações de uso para ambas as patologias (BRASIL, 2002).

É importante salientar ainda que fatores de risco como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e o tabagismo estão presentes nas duas doenças, tornando a abordagem conjunta, fundamental ao paciente, para um conhecimento mais amplo das patologias e de seus cuidados (BRASIL, 2002; 2012).

4.5 A atuação do enfermeiro

A atuação do enfermeiro e as ações educativas merecem relevo frente à construção de conhecimentos dos pacientes com HA e/ou DM. Orientações quanto ao autocuidado devem estar paralelas às necessidades em saúde, implementando assim, novas estratégias de cuidado. A atenção básica sendo considerada porta de entrada para o atendimento das doenças crônicas, ainda apresenta inúmeras deficiências impostas pelo próprio sistema (TESTON et al., 2018). Galavote et al., (2016) reforçam a tese de que o trabalho do enfermeiro está pautado em duas vertentes: a produção do cuidado e a gestão do processo terapêutico, seguida de atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem.

O tratamento, monitoramento e a avaliação da saúde dos indivíduos torna-se prática essencial nos serviços de saúde, o que enaltece um fazer com segurança. Utilizando-se de abordagens individuais, atividades em grupo e visitas domiciliares (TESTON et al., 2018). Para Santos, Silva, Marcon (2018), o vínculo, a oferta de insumos, a participação efetiva de profissionais na promoção da saúde e a busca ativa são formas de investir na adesão ao cuidado em saúde.

A ausência de consulta médica, a baixa adesão nas atividades de educação em saúde, a ausência ou baixo comprometimento familiar são fatores importantes a serem considerados (TESTON et al., 2018; GALAVOTE et al., 2016). Outro aspecto

incide no trabalho dos enfermeiros na atenção básica, os quais necessitam superar algumas lacunas no desenvolvimento do trabalho junto da equipe, como por vezes, a necessidade de investir no preparo das equipes diante da atuação com grupos de usuários e também as questões burocráticas, que tomam muito o tempo e são necessárias.

Para que transcorram intervenções efetivas e com bons resultados os profissionais de saúde devem conhecer os conflitos enfrentados pelo usuário frente a sua doença crônica. Buscar a monitoração e o acompanhamento do autocuidado no seu dia a dia com olhar crítico, para encontrar possíveis falhas e potencialidades, e assim, desenvolver a partir de conhecimentos atualizados sobre a patologia, a escuta e a compreensão, usando da capacidade de negociação para a obtenção de metas (PEREIRA; LANZA; VIEGAS, 2019).

Portanto, é importante reiterar que o comprometimento do paciente, tem forte relação com a promoção da saúde recebida pelos profissionais. Conhecer o paciente e as causas da sua não adesão ao serviço de saúde ou ao tratamento, permite ao profissional, a reconstrução de um plano interventivo e também um estreitamento do vínculo, o que direciona a ação em saúde, mais próxima de um fazer em busca da qualidade de vida (DALLACOSTA; RESTELATTO; TURRA, 2017).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa contemplou um estudo epidemiológico, portanto, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa e análise de dados secundários. Pode-se conceituar a epidemiologia como a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013 apud GOMES, 2015).

Estudos seccionais ou de corte transversal reproduzem, em um período, situações de saúde da população base analisada, considerando o estado de saúde de cada membro do grupo, determinando também indicadores de saúde do grupo em sua totalidade (ROUQUAYROL, 2003 apud SITTA, ARAKAWA, CALDANA, PERES, 2010). Já os estudos retrospectivos se reportam ao passado, buscando descrever os acontecimentos com resgate de dados preexistentes (RIBEIRO; RIBEIRO apud LACERDA; COSTENARO, 2016).

No que diz respeito à pesquisa quantitativa, tanto na coleta como no tratamento de dados, busca medir as relações entre as variáveis, quantificando os resultados a partir dos dados numéricos (ZANELLA, 2013).

5.2 Local da Pesquisa

O local de pesquisa idealizado para a coleta de dados foi Estratégia de Saúde da Família (ESF) Gaspar Bartholomay, localizada na Rua Gaspar Bartholomay, 1842, bairro Bom Jesus, do município de SCS, vinculada à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, no interior do estado do Rio Grande do Sul.

A unidade de saúde alvo do estudo, possui aproximadamente quatro mil usuários em uma das regiões mais vulneráveis do município, o seu território é dividido em seis microáreas, sendo que apenas quatro possuem Agente Comunitário de Saúde (ACS).

sistema informatizado utilizado no município de SCS.

Como critérios de inclusão: ter os diagnósticos concomitantes de HA e DM, ser considerado idoso, residir na área de atuação da ESF durante o ano de 2019. Quanto aos critérios de exclusão: o registro de atendimento e/ou assistência no prontuário referente apenas à renovação de receituário médico.

Considerou-se na análise como diabéticos, os portadores das duas variáveis da doença, ou seja, tipos I e II; já os idosos, usuários com 60 anos ou mais de idade e quanto ao atendimento e/ou assistência, pondera-se o acolhimento, a verificação de níveis glicêmicos, mensuração de pressão arterial, consulta de enfermagem ou médica registradas no prontuário/Fly Saúde. A renovação da receituário realizada semestralmente, foi desconsiderada por ser julgada pelo pesquisador como um evento previamente agendado, no qual muitas vezes, o usuário somente retira o documento já requisitado, não caracterizando assim um atendimento e/ou assistência.

Foi realizada uma conversa informal com uma profissional integrante da equipe, a qual indicou a existência de aproximadamente 373 usuários com diagnóstico de HA e/ou DM, em dezembro de 2019, sendo que, em torno de 82 possuem os dois diagnósticos, a amostra analisada. Buscou-se também conhecer o modo de cadastro dos dados e as possíveis variáveis a serem consideradas na pesquisa.

Definiu-se as variáveis analisadas considerando as limitações apresentadas no prontuário/Fly Saúde. Quanto ao recorte de tempo a ser analisado, ou seja, todo o ano de 2019, este foi definido devido algumas modificações, tanto na assistência prestada como no acesso à unidade, dada a pandemia do Coronavírus, COVID-19, no ano de 2020. Pois, os riscos de contágio e complicações frente aos usuários idosos e com doenças crônicas, alterou o fluxo de acesso ao serviço.

5.4 Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelo discente/orientando, no segundo semestre de 2020, utilizando-se de um instrumento estruturado (APÊNDICE – A), baseado nas variáveis existentes no Fly Saúde. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel 2013, para posterior apresentação dos resultados.

Ressalta-se que todas as orientações da Coordenação da Atenção Básica do município, quanto às recomendações sobre o distanciamento social foram respeitados, a fim de evitar a disseminação do Coronavírus COVID-19.

5.5 Procedimentos

Iniciou-se o estudo com uma pesquisa bibliográfica para aprofundar os conhecimentos sobre o tema e servir como referencial teórico, a partir disto, conduziram-se as demais etapas do projeto.

Para definir as variáveis observou-se em um primeiro momento as informações constantes no prontuário eletrônico Fly Saúde, sendo selecionadas as seguintes variáveis: microárea pertencente, data de nascimento, sexo, raça, escolaridade, IMC, última data e valor da aferição da HA e DM, número de consultas com o médico(a) ou enfermeiro(a) no ano de 2019 e medicações em uso, seguindo a lista de medicamentos disponíveis de modo 100% gratuito pelo programa “aqui tem farmácia popular” para as duas doenças, considerando para HA o captopril, cloridrato de propranolol, hidroclorotiazida, losartana potássica, maleato de enalapril e para DM a glibenclamida, metformina, insulina humana NPH e insulina humana regular.

Quanto ao processo de identificação de cada prontuário eletrônico, foi registrado o número de cada um deles, conforme consta no sistema. Em um segundo momento, após a coleta de dados, foi agendado um encontro com os profissionais do cenário de pesquisa para apresentar os resultados obtidos, buscando contribuir para a reflexão quanto ao perfil epidemiológico do público alvo estudado.

5.6 Procedimento éticos

Para os procedimentos éticos, elaborou-se um ofício (ANEXO – A) de solicitação de pesquisa à Secretaria Municipal da Saúde, e tão somente após a obtenção da aprovação, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade para apreciação (ANEXO – C).

O projeto foi encaminhado ao CEP, pois mesmo não havendo a coleta de dados com seres humanos, entende-se a necessidade de manter o respaldo ético para conduzir um estudo epidemiológico e futura publicação em uma revista da enfermagem. Assim, elaborou-se um documento justificando a ausência do Termo Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE – B). Reforça-se o compromisso no uso dos dados coletados por meio do termo de confidencialidade (ANEXO – D).

Destaca-se que a pesquisa pode apresentar enquanto risco/desconforto, o

possível uso inadequado dos dados, devido à interpretação restrita ao ano definido para a coleta e por retratar um resultado conduzido em apenas uma unidade de atenção básica.

Quanto aos benefícios, destaca-se o conhecimento de causa gerado pela análise dos dados, agregando na avaliação da assistência a ser prestada pelos profissionais da saúde atuantes na ESF, como interferindo positivamente nas tomadas de decisões em prol dos usuários em questão.

5.7 Análise dos dados

As variáveis foram tabuladas e posteriormente realizada uma análise numérica simples e os resultados estruturados em quadros, gráficos e mapas.

6 RESULTADOS

Foram validados para a pesquisa, os dados de 29 usuários idosos hipertensos e diabéticos, vinculados ao território da unidade de saúde pesquisada, no ano de 2019. Destes, 16 formulários eram do sexo feminino, 20 possuíam a idade entre 60 e 69 anos, sendo que nenhum usuário possuía 90 anos ou mais e, a menor média de idade foi de 66 anos na MA3 e a maior foi de 72 anos na MA5 (QUADRO 1 e MAPA 2). Por se tratar de um estudo cuja análise incidiu nos prontuários dos usuários, alguns dados não registrados pela equipe, foram classificados como ignorados.

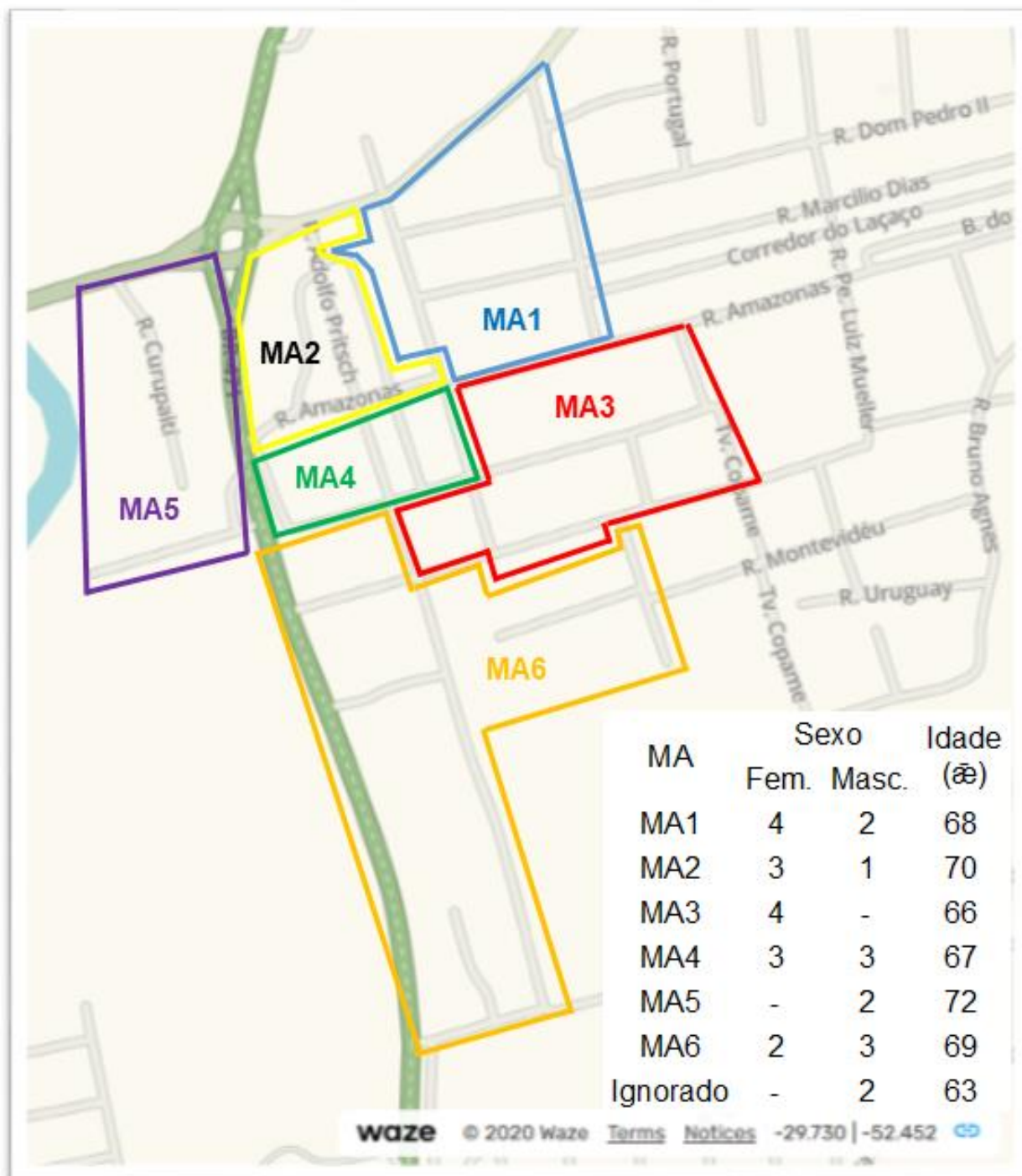
Quadro 1 – Caracterização do perfil dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por microáreas, no ano de 2019, junto a uma estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Microárea	Sexo		Idade (x̄)
	Feminino	Masculino	
1	4	2	68
2	3	1	70
3	4	-	66
4	3	3	67
5	-	2	72
6	2	3	69
Ignorado	-	2	63

Nota: x̄: média. Ignorado: Não foi registrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Mapa 2 – Mapa das microareas com diabéticos e hipertensos, por sexo e média de idade, junto a uma estratégia de saúde da família, no ano de 2019, em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2020.



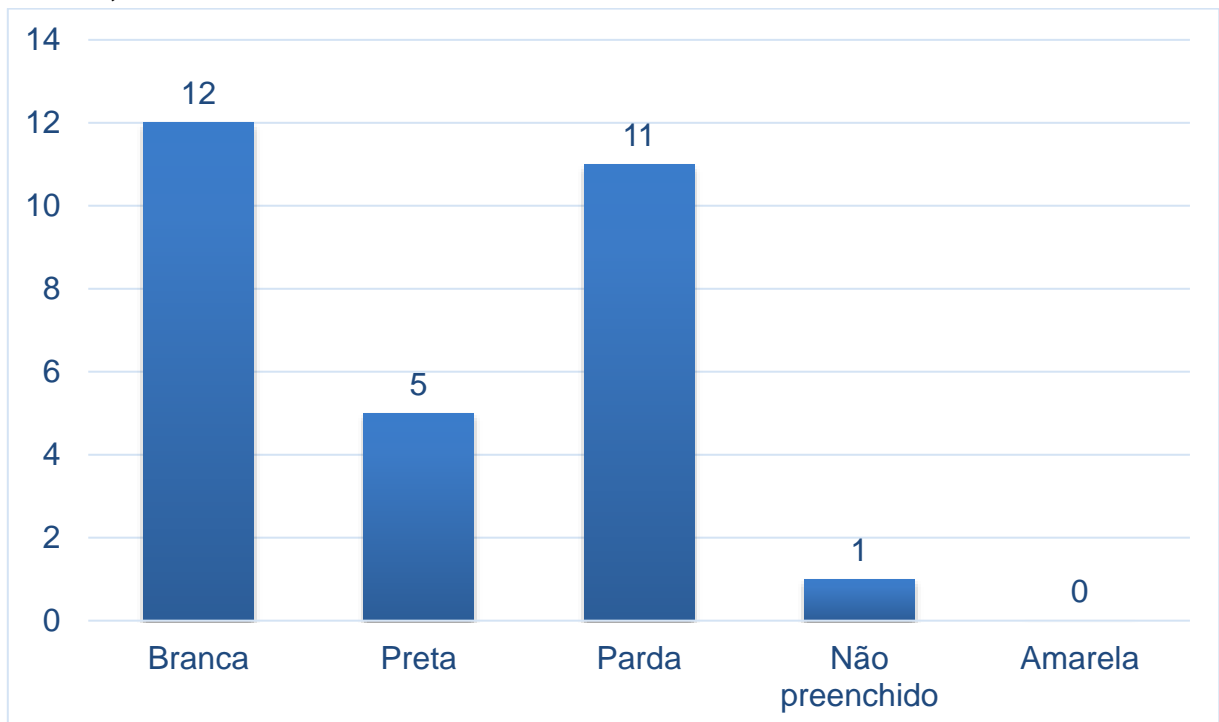
Fonte: Waze maps, adaptado pelo autor (2020).

Informações como o peso e a altura foram identificados em apenas dois prontuários e a variável IMC não foi encontrada em nenhum dos 29 pesquisados, o que infere que possivelmente estas três medidas importantes, não são comumente

aferidas e/ou registradas, tampouco, utilizadas como fonte de interpretação do conjunto de dados dos usuários, destoando da visão integral e dos possíveis riscos atrelados a estas variáveis. Outro aspecto relevante incide na ausência do registro do campo da microárea para dois usuários.

Já quanto à cor, houve o predomínio de 12 usuários brancos e 11 pardos (GRÁFICO 1) e para a escolaridade, apenas dois eram analfabetos e a maioria (11) possuía ensino fundamental incompleto, entre o 1º ao 4º ano, identificando na MA 6, um discreto aumento no número de pessoas com escolaridade do 5º ao 8º ano. Sendo que os idosos mais jovens (60-69 anos) frequentaram a escola por um período maior de anos (QUADROS 2 e 3). Outro aspecto está no número de dados não registrados, pois dos 29 prontuários avaliados, seis não continham a escolaridade dos usuários, o que poderá ser revisado pela equipe frente ao ano atual.

Gráfico 1 – Caracterização do perfil dos usuários idosos diabéticos e hipertensos quanto à cor, no ano de 2019, junto a uma estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quadro 2 – Escolaridade dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por microárea, pertencentes a uma estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Escolaridade	MA1	MA2	MA3	MA4	MA5	MA6	Ignorado	Total
Analfabeto	-	-	-	-	1	1	-	2
1º a 4º ano	2	3	1	3	-	1	1	11
5º a 8º ano	-	1	2	2	1	3	1	10
Ignorado	4	-	1	1	-	-	-	6

Nota: Ignorado: Não foi registrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quadro 3 – Escolaridade dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por faixa etária, pertencentes a uma estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Idade	Escolaridade			
	Analfabeto	1º a 4º ano	5º a 8º ano	Ignorado
60-69	2	7	8	3
70-79	-	4	1	2
80-89	-	-	1	1

Nota: Ignorado: Não foi registrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Ao analisar os últimos dados registrados no sistema, quanto aos valores da pressão arterial aferidos, verificou-se que as médias dos níveis pressóricos apresentaram menores valores (120/80 mmHg) nas microáreas 1 e 2, enquanto que a microárea 6 apresentou o registro com maior valor (170/100 mmHg) (QUADRO 4). Vale lembrar que nas MA 1 e 2, haviam mais mulheres, com média de idade entre 69 a 70 anos e com Ensino Fundamental Incompleto (EFI). Já na MA 6, mais homens, com idade média de 69 anos e escolaridade do 5º ao 8º ano do EFI. Ressalta-se ainda que, a coluna indicando o total, refere-se ao número de prontuários analisados em cada MA.

Quadro 4 – Média dos níveis pressóricos dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por microárea, na estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Microárea	Mínima	Máxima	æ	Ignorados	Total
1	120/80	140/90	130/85	2	6
2	120/80	150/90	130/85	1	4
3	130/80	140/80	135/80	2	4
4	140/80	160/80	150/80	1	6
5	140/90		140/90	1	2
6	130/80	170/100	150/90	1	5
Ignorado	140/80	150/90	145/85	2	2

Nota: Ignorado: Não foi registrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Ao relacionar as médias dos níveis pressóricos aferidos, verificou-se que, nenhum usuário apresentou hipertensão estágio 3. Os níveis mais elevados registrados (estágio 2) foram de idosos com idade entre 60 e 69 anos. A melhor média (em níveis aceitáveis/recomendados) foi registrada entre idosos com idades entre 70 e 79 anos (QUADRO 5).

Quadro 5 – Classificação dos níveis pressóricos dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por faixa etária, na estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Idade	Pressão Arterial (mmHg)							
	Normal		Pré-hipertensão		Estágio 1		Estágio 2	
	Sist.	Diast.	Sist.	Diast.	Sist.	Diast.	Sist.	Diast.
	≤120	≤80	121 a 139	81 a 89	140 a 159	90 a 99	160 a 179	100 a 109
60-69	-	-	120	77,5	142,5	84	170	100
70-79	120	80	-	-	140	90	160	80
80-89	-	-	-	-	140	80	-	-

Nota: mmHg: Milímetros de mercúrio. Sist.: Sistólica. Diast.: Diastólica.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Faz-se a ressalva de que todos os usuários realizavam o controle medicamentoso para a doença e que os níveis considerados dentro dos parâmetros normais ou de pré-hipertensão, são consequência de um efeito/controle adequados.

Na análise dos níveis glicêmicos, a MA 3 apresentou o menor valor aferido (88mg/dL), e a MA2 o maior valor (320mg/dL) (QUADRO 6). Dois usuários (ignorados, coluna microárea) apresentaram média glicêmica de 105 mg/dL, o que é considerado um valor abaixo do indicado para o diagnóstico de diabetes, porém sabe-se que este está sob efeitos medicamentosos.

Quadro 6 – Média dos níveis glicêmicos dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por microárea, na estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Glicemia (mg/dL)					
Microárea	Menor	Maior	æ	Ignorado	Total
1	139	289	214	3	6
2	156	320	138	0	4
3	88	216	152	2	4
4	102	210	156	0	6
5	152		152	1	2
6	107	294	200,5	0	5
Ignorado	89	121	105	0	2

Nota: Ignorado: Não foi registrado. mg/dL: Miligramas por decilitro.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A maioria (18) dos níveis glicêmicos verificados estão compreendidos entre usuários com idades de 60 e 69 anos e, nesta mesma faixa etária também estão os níveis mais elevados, ou seja, acima de 250 mg/dL (três usuários). A faixa etária de 80 a 89 anos foi a que teve o menor número de usuários com níveis verificados (dois). Seis usuários não apresentaram registros no prontuário (QUADRO 7).

Apenas seis usuários possuíam os valores glicêmicos em níveis recomendados pelo Ministério da Saúde, o que pode direcionar para três raciocínios. O primeiro recai na possibilidade do usuário não estar em jejum no momento da aferição, fato que poderia interferir na interpretação. Ou então, terem verificado a glicemia do usuário sem que ele tenha consumido a sua medicação, o que também

poderia influenciar nos valores obtidos. Na terceira situação poderia ser de aferir/registrar a glicemia respeitando o adequado tempo/jejum com a correta ingestão do medicamento e, ainda assim o valor se apresentar elevado.

Quadro 7 – Níveis glicêmicos dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por faixa etária, na estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

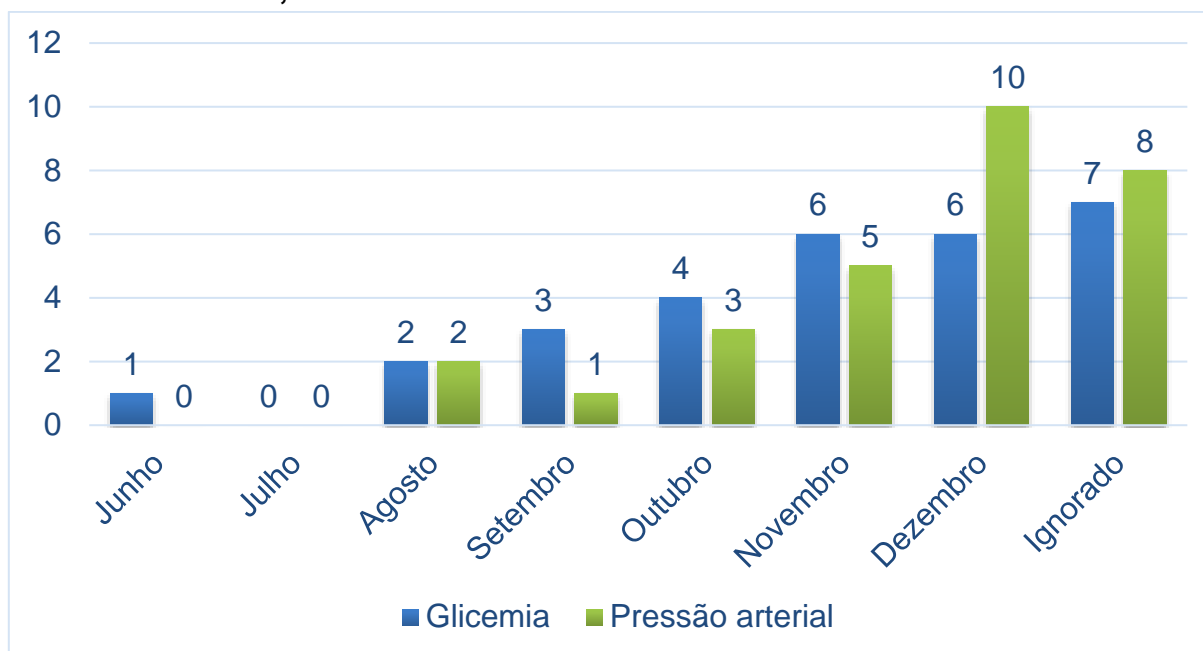
Idade	Diabetes Mellitus (mg/dL)						
	<100	100 a 125	>125 <150	>150 >200	>200 <250	>250	Ignorado
60-69	2	4	4	4	1	3	3
70-79	-	-	-	1	1	1	2
80-89	-	-	2	-	-	-	1

Nota: mg/dL: Miligramas por decilitro. Ignorado: Não foi registrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Faz-se necessário destacar que dos 29 prontuários analisados, oito não apresentaram registro dos níveis pressóricos e sete não continham os níveis glicêmicos em nenhuma vez no ano de 2019. Ressalta-se que para o estudo foi considerada apenas a verificação mais recente contida no prontuário do usuário. Outro apontamento está relacionado com o período de maior registro, tanto da glicemia como da pressão arterial, predominando o final do ano de 2019 (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Última aferição de níveis glicêmicos e pressóricos dos usuários diabéticos e hipertensos, por meses, em uma estratégia de saúde da família em Santa Cruz do sul, no ano de 2019.



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Ao analisar o número de atendimentos/consultas no ano de 2019, por categoria profissional, pode-se verificar que na MA6 o maior número de atendimento de enfermagem (10 no total). Foram 11 usuários sem registro de assistência no ano de 2019 pelo enfermeiro e três sem registro de consulta médica, o que pode ter relação com a falta do registro, gerando a invisibilidade da ação. A microárea 4 também aparece em destaque em número de atendimento/consultas pelo médico (22 atendimentos). Dois usuários, identificados pela palavra ignorados por não apresentarem registro de microárea, apresentaram três e dois atendimentos para o enfermeiro e médico respectivamente. É válido ressaltar que, as transcrições ou renovações de receitas não foram contabilizadas (QUADRO 8). Assinala-se também, que junto ao quadro 8, as colunas que indicam o total, referem-se ao número de atendimentos realizados pelo enfermeiro e pelo médico durante todo o ano de 2019. Logo, existe uma variação nos números expressos nas demais colunas. Como exemplo, a coluna que indica de 1 a 2 atendimentos, pode ter prontuários que referiram uma consulta ao ano ou até duas, em cada MA.

Quadro 8 – Média de atendimentos realizados em 2019, pelo enfermeiro e médico aos usuários idosos diabéticos e hipertensos, por microárea, em uma estratégia saúde da família, Santa Cruz do Sul, 2020.

Microárea	Número de consultas									
	Enfermeiro					Médico				
	0	1 a 2	3 a 4	> 4	Total	0	1 a 2	3 a 4	> 4	Total
1	2	3	1	-	7	2	1	1	2	17
2	1	2	1	-	6	-	1	1	2	15
3	2	2	-	-	2	-	-	3	1	17
4	3	4	-	-	4	-	1	4	1	22
5	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2
6	-	2	-	1	10	1	1	1	2	16
Ignorado	-	2	-	-	3	-	2	-	-	2

Nota: Símbolo >: Maior. Ignorado: Não foi registrado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Entre as medicações utilizadas para o controle da HA, observou-se prevalência do uso de diurético (hidroclorotiazida) de forma isolada por 15 usuários. No uso associado, identificou-se maior prevalência entre diurético (hidroclorotiazida) e inibidores da ECA (enalapril/captopril). Os hipoglicemiantes orais (metformina/glibenclamida) foram usados por 28 dos usuários para o tratamento da diabetes mellitus. Sete usuários faziam uso associado de hipoglicemiante oral (metformina/glibenclamida) com o uso de insulinas (NPH/regular). Apenas um dos usuários fazia uso de insulina de forma isolada. Resultados estes que expressam a utilização de no mínimo duas classes medicamentosas associadas para o controle de DM e HA, na população idosa pesquisada.

7 DISCUSSÃO

A presente pesquisa apontou que a maioria dos usuários eram do sexo feminino (16 mulheres) indo ao encontro dos achados de Sousa et al. (2016), que também observaram em seu trabalho, maior prevalência de mulheres e estas hipertensas. Dias et al. (2019) ao se referir a pacientes hipertensos também encontrou prevalência do sexo feminino. Já para Malta et al. (2019) os resultados também ficaram dentro deste perfil, contudo em uma amostra de diabéticos. Entretanto, no estudo de Santos et al. (2018) não foram identificadas diferenças significativas quanto ao gênero.

Como forma de explicação para este fato, Dias et al. (2019) citam as alterações fisiológicas causadas pelo climatério, predisposição para ganho de peso e o aumento de risco para doenças cardiovasculares, devido à redução de estrógenos. Sousa et al. (2016) citam a maior percepção feminina no controle e autocuidado de doenças, tendo em vista, que os homens buscam menos assistência médica, o que diminui o número de diagnósticos. Menezes et al. (2016) apontam que os homens carregam culturalmente a visão de invulnerabilidade, o que reflete em menos acesso aos serviços de saúde para o autocuidado.

Ao classificar os resultados quanto à faixa etária, a pesquisa demonstrou maior incidência entre a faixa etária de 60 a 69 anos. Dias et al. (2019) referem em sua pesquisa maior frequência no intervalo de 60 a 64 anos para ambos os sexos. Malta et al. (2019) incitam que idosos (60 anos ou mais) apresentam prevalência para DM devido as alterações fisiológicas inerentes ao processo do envelhecimento.

O item raça apresentou resultados muito próximos para brancos e pardos (12 e 11 respectivamente). Dias et al. (2019) apresentaram a predominância de mestiços em sua pesquisa. Os autores ainda revelam que, por se tratar de HA não controlada a maioria se concentrava entre a raça branca, sendo prudente lembrar que os não brancos possuem maior suscetibilidade para HA se comparados com a cor branca.

Ao analisar o item escolaridade, a grande maioria apresentou ter estudado de um a quatro anos (11 usuários), indo de encontro aos resultados obtidos por Sousa et al. (2016). Santos et al. (2018) também identificaram predominância de usuários com ensino fundamental, já Menezes et al. (2016) em sua pesquisa constataram que níveis de HA controlados estão diretamente associados ao número de anos de escolaridade do idoso.

Em relação à maior frequência de DM nas populações de baixa escolaridade, essa associação já havia sido constatada no Brasil e em outros países. A baixa escolaridade é considerada um indicador socioeconômico e implica riscos diferenciados no processo de saúde e doença, especialmente por conta do ambiente vulnerável de vida, do menor acesso aos serviços de saúde e das práticas mais desfavoráveis de alimentação, atividade física, cuidados com o corpo e prevenção de doenças (MALTA et al., 2019). Para Dias et al. (2019), populações com níveis educacionais mais precários tendem a receber menos informações e, com isso, não compreender a real necessidade da adesão ao tratamento instituído.

Foi constatada na presente pesquisa, a falta de registros como peso e altura e a avaliação do IMC. Logo, este tem sido o conjunto de variáveis antropométricas mais utilizado para estimativa da composição corporal, mostrando ser simples e relacionado a comorbidades associadas à obesidade (PEREIRA; SILVA, 2017). Sabe-se que a obesidade tem um papel etiológico fundamental em uma série de condições crônicas em destaque a DM (MORETTO et al., 2016). A obesidade provoca diversas comorbidades associadas, tais como doenças cardiovasculares, DM tipo 2 e HA (ORMUNDO; DUARTE, 2017). Assim, pode se relacionar que as percepções deste estudo podem ter impactos diretos no tratamento e controle da saúde dos usuários.

Faz-se a ressalva que a presença de sintomas clássicos como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, são indicativos para a dosagem de glicemia ao acaso. Não existe uma determinação de tempo entre os rastreamentos, mas pondera-se a importância da realização a cada três ou quatro anos. Para pacientes com fatores de risco ou com pré-diabetes considera-se a realização de um rastreio anual. Tem-se como base para normoglicemia valores inferiores a 100mg/dL, para pré-diabetes valores 100 a 125mg/dL. Valores iguais ou superiores a 126mg/dL constata o quadro de diabetes mellitus estabelecida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Quanto ao uso de medicações, na presente pesquisa houve prevalência do uso de no mínimo duas medicações, chegando a cinco somente para o tratamento de duas enfermidades. A análise de fármacos se torna importante em meio ao contexto em que o idoso vive. O envelhecer é um processo natural, irreversível e que leva ao surgimento de doenças crônicas e o uso de medicações para curar ou amenizar as doenças em meio a um processo conhecido como polifarmácia (MELO et al., 2016). É diante da polifarmácia (uso de vários medicamentos de forma simultânea), que os idosos são considerados mais sucessíveis, estando sujeitos a confusão entre

fármacos, erros de administração de doses e horários. Fato que aumenta o risco de interações medicamentosas, reações adversas e possíveis interações (SILVA et al., 2017).

Faz-se necessário adotar medidas profiláticas, com um receituário legível, prescrições balanceadas com o menor número de fármacos e menores doses possíveis, sempre visando a diminuição do risco de reações e melhorando assim a qualidade de vida do idoso (SILVA et al., 2017). Para Souza et al. (2016) é importante uma atenção farmacêutica para garantir qualidade de vida ao idoso, o acompanhamento farmacoterapêutico e a constante observação e orientação do paciente pode minimizar os problemas relacionados aos medicamentos e contribuir para seu uso racional.

No que tange quanto a atuação e aos registros nos prontuários, pesquisas que indiquem dificultadores destas ações na área médica são escassos. No que se refere ao enfermeiro, Ferreira, Périco, Dias (2018) indicam que sua atuação no SUS é marcada pelo conflito de se responsabilizar por um conjunto de atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço e aos cuidados desenvolvidos pelos membros da equipe de enfermagem.

Em um estudo feito em São Paulo, sob os protocolos de assistência e manejo da HAS e DM na Atenção Primária à Saúde, ficou evidente a necessidade de que esta ação seja conduzida pela equipe, com consultas periódicas, alternadas entre o médico e o enfermeiro, com participação dos demais integrantes, avaliando os intervalos para o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. Importante abordar fatores de risco, mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, além de verificar a adesão e possíveis intercorrências ao tratamento. Diante de riscos baixos, está proposto no mínimo uma consulta a cada seis meses. Já no risco moderado a cada quatro meses e no alto, a cada dois meses (SÃO PAULO, 2018).

Braguetto et al. (2019) citam percepções quanto a alta demanda espontânea, sobrecarga de atividades, recursos humanos escassos e uma educação permanente reduzida. Muitas ações presentes na realidade do enfermeiro poderiam ser acolhidas por outros profissionais, mas são direcionadas a ele, dificultando a assistência, o cuidado e conseqüentemente os registros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível concluir que diante da pesquisa junto aos prontuários de DM e HA, que os números foram maiores entre o sexo feminino, com idades entre 60 e 69 anos, predominância de usuários com a raça branca ou parda e baixa escolaridade. As microáreas com maior representatividade foram a MA1 e MA4.

A incompletude de algumas variáveis analisadas foi uma das dificuldades encontradas durante o estudo, o que acaba comprometendo os resultados encontrados e a possível tomada de decisões da equipe, assim como dos demais profissionais que acessarem o prontuário destes usuários. Por isso, entende-se que a disponibilidade de capacitações à equipe, pode levar há uma maior qualidade nos registros, garantindo assim, um maior aporte financeiro nos recursos repassados ao município e conseqüentemente, melhora na qualidade da assistência, criando um ciclo vicioso altamente positivo aos usuários e a equipe da atenção básica.

Por se tratarem de prontuários de diabéticos e hipertensos, destaca-se que os níveis pressóricos demonstraram-se relativamente controlados sem representatividade da classificação estágio 3. Quanto aos níveis glicêmicos, a grande maioria apresentou valores médios inferiores a 200 mg/dL. Os números demonstram que as ações e condutas surtem efeitos, mas que se houvesse o efetivo registro, a monitorização ocorreria de maneira mais eficiente. Variáveis como o peso e a altura, aliadas ao IMC podem influenciar positivamente em orientações, reduzindo o uso de medicamentos e conseqüentemente o risco da polifarmácia. O que não foi identificado na pesquisa, no que tange valores quanto ao peso, altura e o IMC.

O número de atendimentos/consultas pelo enfermeiro e médico, da unidade pesquisada, demonstrou ser mínimo, o que pode estar relacionado com a falta de registros nos prontuários. Ressalta-se que a contínua aproximação entre os usuários e profissionais de saúde, com os devidos registros no sistema, proporcionariam a monitorização da saúde/doença, fortalecendo também o vínculo e o cuidado para com a saúde. A busca ativa para reavaliações seria um bom modo de fortalecer os laços.

Ao compilar alguns dados básicos ao mapa, buscou-se estimular a equipe à avaliar as MA, logo, a intenção foi dar ênfase às informações específicas, como sexo, idade entre hipertensos e diabéticos. É possível com a intenção, direcionar ações preventivas e de controle das doenças, podendo complementar outras informações, conforme a necessidade dos integrantes da equipe. Esta ação também serviu de

aprendizagem ao pesquisador, porque permitiu compreender a complexidade do tema e a sua importância perante a realidade da atenção Atenção Básica.

Mesmo com uma amostra de 82 prontuários, ao finalizar com 29, constatou-se, como futuro enfermeiro, a necessidade de uma maior atenção e gerenciamento de dados que compõe o histórico de cada usuário. O conhecimento da realidade direciona intervenções e avalia a eficácia do serviço prestado, permitindo elaborar as ações em prol do bem estar e das necessidades de cada usuário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O., FOOK S. M. L., MARIZ, S. R. Associação entre etilismo e subsequente hipertensão Arterial sistêmica: uma revisão sistematizada. *Revista de Saúde e Ciência online*, Campina Grande, v. 5, n. 1, p. 76-90. 2016.

BORDA, P. G. *Implantação do programa HIPERDIA em Unidade de Saúde da Família do Município de Céu Azul – PR*. 2017. 26f. Monografia (Especialização Multiprofissional na Atenção Básica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060304>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A – Z. *Diabetes (diabetes mellitus): Sintomas, Causas e Tratamentos*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes#:~:text=A%20melhor%20forma%20de%20prevenir,doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%2C%20como%20o%20c%C3%A2ncer>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A – Z. *Diabetes: o que é, tipos, sintomas e tratamento*. 2020. Disponível em: <<https://saude.gov.br/component/content/article/746-saude-de-a-a-z/44609-diabetes-tipos-causas-sintomas-tratamento-e-prevencao>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012.

BRAGHETTO G. T. et al. Dificultadores e facilitadores do enfermeiro da saúde da família no processo de trabalho. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 420-426, 2019.

CARVALHO, E. R.; SILVA, J. D. B. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. *Revista Iniciare*. Campo Mourão, n. 1p. 91-102, jul./dez. 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Revista CONSENSUS. Brasília-DF. Ed. 7, abril-junho 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/e-sus-atencao-basica-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude/>>. Acesso em 26 maio 2020.

DALLACOSTA, F. M.; RESTELATTO, M. T. da R.; TURRA, L. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. *Revista Online de Pesquisa*. Rio de Janeiro, n. 11 p. 113-117, jan./mar. 2017.

DIAS R. P. D. et al. Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas microáreas 4, 6 e 7 da USF tenoné. *Brazilian Journal of health Review*, Curitiba, n. 1 p. 2-41, 2019.

FEITOSA, I. O.; PIMENTEL A. Hipertensão: Práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. *Revista do Nufen*. Belém, n. 8 p. 13- 30, jan./jul. 2016.

FERRERIA, M. A., IWAMOTO, H. H. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa HIPERDIA da atenção primária à saúde. *Revista Mineira Enfermagem*. p. 21 p.1-7, 2017.

FERREIRA, S. R. S., PÉRICO, L. A. D., DIAS V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEN*, Brasília, n. 71, p. 752-757, 2018.

FRANCISCO, N.; SEGRI, J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3829.pdf>>. Acesso em 26 maio 2020.

FREITAS, C. B. et al. Influência da prática de exercícios físicos na redução da hipertensão arterial. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 4, 2020.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Revista Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro-RJ. v. 20, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2016.

GOMES L. T. et al. Avaliação da atenção primária aos hipertensos cadastrados no hiperdia. *Revista de enfermagem UFPE online*. Recife, v. 9, n. 4, p. 7347-7356, abr. 2015.

HUQUE, R. et al. Integrating a diabetes and hypertension casemanagement package within primary health care: a mixed methods feasibility study in Bangladesh. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, p. 811, 2018.

LACERDA, M. A.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). *Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde*. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LIMA, L. R. et al. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em Idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 180-190, 2018.

MACIEL, Victor. Percentual de homens com diabetes cresce em Porto Alegre (RS). Ministério da Saúde. Publicado: Quinta, 28 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43745-percentual-de-homens-com-diabetes-cresce-em-porto-alegre-rs>.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 1-13. 2019.

MELO, M. M. et al. Qualidade de vida de paciente idoso polifármaco portador de diabetes mellitus. *XI Mostra científica da farmácia*. Quixadá, v. 3, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1800>>. Acesso em: 22 maio 2020.

MENDES F. A., SILVA M. P., FERREIRA C. R. S. Diagnóstico de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. *Revista Estação Científica UNIFAP*. Macapá, v.8, n. 1, p. 91-101, jan./abr. 2018.

MENEZES, T. N de, OLIVEIRA, E. C. T., FISCHER, M. A. T. S., ESTEVES G. H. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 117-124, 2016.

MORETTO, M. C. et al. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, p. 1-12, out. 2016.

NASCIMENTO, M. A.; ALMEIDA, S. C. B.; COSSON, I. C. O.; SANTOS, J. A. Assistência de Enfermagem no programa HIPERDIA: Relato de experiência em estágio supervisionado. *CuidArte Enfermagem*. Catanduva, n. 11 p. 231-238, jul./dez. 2017.

NEGREIROS, R. V.; SABINO, C. T.; CAMÊLO E. S.; SANTOS M. S. Importância do programa HIPERDIA na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (USF). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 403-411, ago./dez. 2016.

ORMUNDO, L. S., DUARTE S. P. Avaliar a Correlação da Obesidade com Hipertensão Arterial em Adultos Sedentários na Cidade de Vitória da Conquista. *Id Online-Revista Multidisciplinar de Psicologia*, v. 11, n. 38, 2017.

PEREIRA D. M. G., SILVA, B. Y. C. Índices antropométricos tradicionais e novos e sua relação com a glicemia de diabéticos tipo 2. *BRASPEN Journal*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 49-53, 2017.

PEREIRA, N. P. A.; LANZALL F. M.; VIEGAS, S. M. F. Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN*. Brasília, v. 72, n. 1, p. 109-117, 2019.

RABELO, L. M. et al. Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 6, n. 12, p. 22-28, 2019.

RADIGONDA, B. et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 115-126, 2016.

RAMOS, J. S.; FILHA, F. S. S. C.; SILVA, R. N. A. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do HIPERDIA. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 1 p. 29-39, jan./jun. 2015.

SANTOS, A. D. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com diabetes mellitus. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Cianorte, v. 2 p. 40-46, set./nov. 2018.

SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no HIPERDIA: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. *Texto E Contexto Enfermagem*. Florianópolis. v. 27, n. 1, p.1-10, 2018.

SANTOS, G. M.; SOUZA, P. V. L.; BARROS, N. V. A. Perfil epidemiológico dos idosos diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA no estado do Piauí, Brasil. *Revista de Atenção à Saúde*. São Caetano do Sul, v. 16, n. 56, p. 48-53, abr./jun. 2018.

SÃO PAULO. Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37 de 23.02.2018. *Subsecretaria da atenção integral à saúde. Comissão permanente de protocolos de saúde*. 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/hipertensao-e-diabetes-Manejo_da_HAS_e_DM_na_APS.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL 2020. *Hipertensão e Diabetes*. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/hipertensao-e-diabetes>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, E. C. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.19 p. 38-51, jan./mar. 2016.

SILVA, F. O.; SOTO, C. S.; COSTA, L. E. L. Perfil de pacientes cadastrados no HIPERDIA: conhecendo o estilo de vida. *Revista de saúde coletiva da UEFS*. Feira de Santana, v. 5, n. 1, p.33-39, dez. 2015.

SILVA, P. L. N., XAVIER, A. G., SOUZA, D. A., VAZ, V. D. T. Atenção farmacêutica e os potenciais riscos da polifarmácia em idosos usuários de uma farmácia-escola de Minas Gerais: aspectos socioeconômicos, clínico e terapêutico. *Journal of Health & Biological Sciences*, Fortaleza, v. 5, n. 3, p. 247-252, 2017.

SITTA, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Revista CEFAC*. Campinas, v. 12, n. 6, p.1059-1066, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Revista brasileira de hipertensão*. Rio de Janeiro. v. 1,2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes 2019-2020*. São Paulo: Clannad editora, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. Prevenção primária da hipertensão arterial. 2020. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo7.asp>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SOEIRO, V. M. S. et al. Perfil dos pacientes acompanhados pelo SIS-HIPERDIA em um estado do nordeste brasileiro. *Archives of Health Sciences*. Sunnyvale, v. 26, n. 1, p. 28-31, jan./mar. 2019.

SOUZA, L. L. et al. Análise do perfil epidemiológico de idosos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Recife, v. 10, p. 1407-1414, abr. 2016.

TESTON, E. F. et al. Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 71, p. 2899-2907, 2018.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. *Metodologia de Pesquisa*. Florianópolis: UFSC, 2013.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Número do prontuário: _____ Microárea: _____

Nasc: ____/____/____ Sexo: () M () F

Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Escolaridade:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| () Ensino fundamental incompleto | () Ensino médio completo |
| () Ensino fundamental completo | () Ensino superior incompleto |
| () Ensino médio incompleto | () Ensino superior completo |

Peso: _____ kg Altura: _____ cm IMC: _____

Datas e valores das últimas aferições registradas de HA e DM:

____/____/____ x ____ mmHg

____/____/____ x ____ mg/dL

Número de consultas no ano de 2019:

Médico(a): _____

Enfermeiro(a): _____

Medicamentos contínuos em uso (fornecidos no programa "aqui tem farmácia popular" com 100% de gratuidade):

Hipertensão arterial:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| () Captopril | () Losartana potássica |
| () Cloridrato de propranolol | () Maleato de enalapril (|
| () Hidroclorotiazida |) Outros |

Diabetes melitus:

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| () Glibenclamida | () Insulina humana NPH |
| () Metformina | () Insulina humana regular |
| | () Outros |

APÊNDICE B - Justificativa de ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Santa Cruz do Sul, 13 de agosto de 2020.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Prof. Renato Nunes

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que autorize a realização da pesquisa sem a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto “Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos assistidos em uma estratégia de saúde da família de Santa Cruz do Sul”, que tem como responsável o autor Andre Luiz Konzen e a orientadora Anelise Miritz Borges, utilizará apenas dados secundários, a partir de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo e com abordagem quantitativa.

Pretende-se utilizar dados contidos em aproximadamente 82 prontuários eletrônicos, cuja quantificação retratará o perfil de usuários idosos com diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensão arterial assistidos no ano de 2019 e pertencentes a uma estratégia saúde da família.

No presente caso, entende-se ser dispensável apresentação do TCLE conforme razões citadas acima.

É do conhecimento do pesquisador a Resolução 466/12, a qual se destaca cumprir.

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

Santa Cruz do Sul, 14 de agosto de 2020.

Atenciosamente,

Andre Luiz Konzen
Acadêmico

Profª Drª Enfª Anelise Miritz Borges
Orientadora

ANEXO A - Aceite da Instituição parceira

Santa Cruz do Sul, 01 de Julho de 2020.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL”**, desenvolvido pelo acadêmico André Luiz Konzen, sob coordenação da Prof^a. Dr^a. Enf^a. Anelize Miritz Borges do curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento do projeto no serviço de Estratégia de Saúde da Família Gaspar Bartholomay da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul-RS.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176

ANEXO B –Termo de aceite institucional para o CEP

Santa Cruz do Sul, 01 de Julho de 2020.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado senhor

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado "**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL**", desenvolvido pelo acadêmico André Luiz Konzen, sob coordenação da Profª. Drª. Enfª. Anelise Miritz Borges, do curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento do projeto no serviço de Estratégia de Saúde da Família Gaspar Bartholomay da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido, conhecer e cumprir com as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br

ANEXO C – Carta de apresentação do projeto



Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de _____.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Renato Nunes

Encaminho para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL”** tendo como pesquisadora principal Anelise Miritz Borges a ser realizado na Estratégia Saúde da Família Gaspar Bartholomay, em Santa Cruz do Sul. Trata-se de um TCC que aborda dados secundários, ou seja, não envolve seres humanos.

O resultado da pesquisa retornará ao cenário de pesquisa, sob forma de um encontro com os integrantes da equipe da unidade, para apresentar os resultados obtidos e assim, contribuir para o planejamento das ações preventivas em saúde.

Diante da intenção de publicar o trabalho, pretende-se divulgá-lo em uma revista científica da enfermagem.

Aguardando avaliação de parecer deste Comitê, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome do Pesquisador Principal: _____

Departamento do Pesquisador principal: _____

Instituição do pesquisador Principal: _____

Assinatura do pesquisador Principal: _____

ANEXO D -Termo de confidencialidade**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA USO DE DADOS**

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Universidade
de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof.
Renato Nunes

Eu ANDRE LUIZ KONZEN através deste documento, único e devidamente assinado, comprometo-me a utilizar de forma ética e sigilosa os dados a serem fornecidos pelo/a Estratégia de Saúde da Família Gaspar Bartholomay bem como, assumo toda e qualquer responsabilidade pelo uso indevido de tais dados.

Outrossim, informo que os dados a serem colhidos são de importância capital para o desenvolvimento da pesquisa intitulada PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL sob a orientação da Prof^a Dr^a Enf^a Anelise Miritz Borges do curso de enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC.

Nome do Pesquisador CPF do Pesquisador Assinatura do Pesquisador

Nome do Orientador CPF do Orientador Assinatura do Orientador

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de _____.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL

Pesquisador: Anelise Miritz Borges

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35814020.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.251.630

Apresentação do Projeto:

Projeto de Trabalho de Curso, modalidade monografia, apresentado pelo acadêmico Andre Luiz Konzen ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul -UNISC, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Profª Drª Enfª Anelise Miritz Borges. (INFORMAÇÕES OBTIDAS DO TCC-1.pdf em 01/08/2020).

Estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa e análise de dados secundários, a ser conduzida em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul. Os dados estarão relacionados à assistência em saúde prestada e registrada no prontuário eletrônico denominado Fly Saúde.

Como critérios de inclusão: ter os diagnósticos concomitantes de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM), ser considerado idoso, residir na área de atuação da ESF durante o ano de 2019 e ter passado por atendimento e/ou assistência relacionados aos diagnósticos de HA e DM no período em que se analisou os dados.

Quanto ao recorte de tempo, pretende-se analisar todo o ano de 2019, este definido devido algumas modificações, tanto na assistência prestada como no acesso à unidade, dada a pandemia pelo Coronavírus COVID-19 no ano de 2020. Para a coleta de dados será utilizado um instrumento estruturado, baseado no programa Microsoft Excel 2013, onde será conduzida a análise dos dados, posteriormente, os resultados serão estruturados em quadros, tabelas, gráficos e mapas. Quanto aos preceitos éticos, estes

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.251.630

serão respeitados.

Destaca-se que a pesquisa poderá apresentar enquanto risco/desconforto, a necessidade de haver um profissional da saúde no momento da coleta de dados, tanto para logar o computador na unidade, como para auxiliar nos passos para acessar as variáveis do instrumento de pesquisa, o que poderá distanciá-lo, por um período, de suas atribuições. Ação que será previamente agendada com o profissional, na unidade. Quanto aos benefícios, destaca-se o conhecimento de causa gerado pela análise dos dados, agregando na avaliação da assistência a ser prestada pelos profissionais da saúde atuantes na ESF, como interferindo positivamente nas tomadas de decisões em prol da saúde dos usuários em questão. (Informações obtidas do PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS do projeto PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL, em 01/08/2020

Quanto aos critérios de exclusão tem -se: o registro de atendimento e/ou assistência no prontuário referente apenas à renovação de receituário médico (informação obtida a partir do documento TCC_alteracoes_versao_corrigida.pdf, página 20, em 29/08/2020)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos e diabéticos assistidos em uma Estratégia Saúde da Família em Santa Cruz do Sul

Objetivo Secundário: Elaborar um mapa contendo o número de hipertensos e diabéticos por sexo e faixa etária, dispostos nas microáreas da Estratégia Saúde da Família pesquisada.

(Informações obtidas do PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS do projeto PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL, em 01/08/2020)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Destaca-se que a pesquisa pode apresentar enquanto risco/desconforto, o possível uso inadequado dos dados, devido à interpretação restrita ao ano definido

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.251.630

para a coleta e por retratar um resultado conduzido em apenas uma unidade de atenção básica.

Quanto aos benefícios, destaca-se o conhecimento de causa gerado pela análise dos dados, agregando na avaliação da assistência a ser prestada pelos profissionais da saúde atuantes na ESF, como interferindo positivamente nas tomadas de decisões em prol dos usuários em questão. (Informações obtidas no documento TCC_alterações_versao_corrigida.pdf em 29/08/2020)

RISCOS: Destaca-se que a pesquisa pode apresentar enquanto risco/desconforto, o possível uso inadequado dos dados, devido à interpretação restrita ao ano definido para a coleta e por retratar um resultado conduzido em apenas uma unidade de atenção básica. BENEFÍCIOS: Quanto aos benefícios, destaca-se o conhecimento de causa gerado pela análise dos dados, agregando na avaliação da assistência a ser prestada pelos profissionais da saúde atuantes na ESF, como interferindo positivamente nas tomadas de decisões em prol dos usuários em questão. ((informação obtida a partir do documento TCC_alteracoes_versao_corrigida.pdf, página 22, em 29/08/2020)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de caráter acadêmico, requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, do título de Bacharel em Enfermagem pelo acadêmico Andre Luiz Konzen. Orientadora: ProfªDrªEnfª Anelise Miritz Borges.

com início em setembro de 2020 e previsão de finalização em dezembro de 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo de Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Recomendações:

Vide campo de Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente Número do Parecer: 4.191.976 emitido pelo CEP em 04/08/2020.

Projeto pendente pelas seguintes razões:

- faltaram os critérios de exclusão;

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

Continuação do Parecer: 4.251.630

- os riscos apresentados devem ser em relação aos participantes da pesquisa;
 - a justificativa apresentada para a dispensa do TCLE não é clara e nem está devidamente fundamentada
- Resposta: todas as pendências foram resolvidas conforme documento CARTA_PARA_RESPOSTA_DE_PENDENCIA.pdf acessado em 01/09/2020.
ANÁLISE: atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1596882.pdf	14/08/2020 08:39:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_dispenza_TCLE_versao_corrigida.pdf	14/08/2020 08:38:23	Anelise Miritz Borges	Aceito
Outros	CARTA_PARA_RESPOSTA_DE_PENDENCIA.pdf	14/08/2020 02:44:50	Anelise Miritz Borges	Aceito
Outros	Oficio_edicao_metodologia.pdf	14/08/2020 02:43:24	Anelise Miritz Borges	Aceito
Cronograma	Cronograma_alteracoes_versao_corrigida.pdf	14/08/2020 02:41:59	Anelise Miritz Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_alteracoes_versao_corrigida.pdf	14/08/2020 02:34:07	Anelise Miritz Borges	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	28/07/2020 12:07:21	Anelise Miritz Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_apresentacao.pdf	28/07/2020 12:05:44	Anelise Miritz Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_institucional1.pdf	28/07/2020 12:03:59	Anelise Miritz Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_institucional.pdf	28/07/2020 12:02:59	Anelise Miritz Borges	Aceito
Orçamento	Orcamento_Andre.pdf	28/07/2020 11:57:51	Anelise Miritz Borges	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	28/07/2020	Anelise Miritz	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 4.251.630

Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10:12:33	Borges	Aceito
----------------	-----------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 01 de Setembro de 2020

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br