



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA

DANIELA BASÍLIO DOS SANTOS

PERFIL DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTUDO ENTRE UMA POPULAÇÃO
ADSCRITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Brasília - DF

2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

DANIELA BASÍLIO DOS SANTOS

**PERFIL DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTUDO ENTRE UMA POPULAÇÃO
ADSCRITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Aline de Oliveira Costa
Coorientador: Me. Mateus de Paula Von Glehn

Brasília - DF

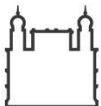
2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

FOLHA RESERVADA PARA A FICHA CATALOGRÁFICA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

DANIELA BASILIO DOS SANTOS

**PERFIL DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTUDO ENTRE UMA POPULAÇÃO
ADSCRITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo FioCruz
como requisito para obtenção do título de
Enfermeira especialista em atenção
básica.

Aprovado em 21/02/2022.

BANCA EXAMINADORA

Mateus de Paula von Glehn Assinado para:

Membro 1 – Me. Renes Shinaider do Nascimento Amaral

Mateus de Paula von Glehn Assinado para:

Membro 2 – Me. Maria De Lourdes Teixeira Masukawa

Mateus de Paula von Glehn

Orientador(a): Me. Mateus de Paula Von Glehn
Mateus de Paula von Glehn Assinado para:

Co-orientador (a): Dra. Aline de Oliveira Costa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, sem ele em não teria chegado até aqui.

Dedico a todos os meus queridos professores que ao longo de toda minha trajetória acadêmica, desde a graduação de enfermagem, me incentivaram a sempre ir além da sala de aula. Que ampliaram meus horizontes e me incentivaram a prestar o processo de residência multiprofissional.

Dedico também a toda a equipe 04 da UBS 01 da Cidade estrutural que me acolheu tão bem durante esses dois anos de residência, local de grande aprendizado e qual foi alvo da confecção deste estudo, a todos eles e inclusive as amadas agentes comunitárias (que foram fundamentais para meu processo de coleta de dados) dedico este trabalho.

Dedico aos pacientes da Cidade estrutural qual tive contato durante toda a residência, podendo prestar meu trabalho dedicando-lhes meu serviço ao mesmo tempo em que aprendia grandemente com cada um deles, tudo isso aqui é pela nossa comunidade, para aprimorar nossa prestação de serviço a vida humana de cada cidadão, sem a autorização e participação deles esta pesquisa não teria sido realizada.

Dedico ainda a toda a comunidade acadêmica da escola Fiocruz de Governo de Brasília, a todos os que tornaram possível a realização do processo seletivo da residência multiprofissional em atenção básica, qual prestei e pude fazer parte desta riquíssima experiência.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

AGRADECIMENTOS

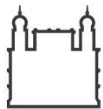
Agradeço à Deus por todo o cuidado por mim nestes dois anos de residência.

Presto meus agradecimentos especiais a todas as pessoas que de forma direta ou indireta apoiaram o desenvolvimento deste.

Agradeço aos meus pais e familiares por todo o suporte emocional nas horas em que mais necessitei durante esta trajetória difícil em meio a tempos pandêmicos.

E, em especial, agradeço aos meus orientadores, Aline de Oliveira Costa, e ao orientador e preceptor Mateus de Paula Von Glehn, por todo o suporte, orientação, apoio e ensinamentos proporcionados durante o desenvolvimento deste trabalho.

A todos vocês meu muito obrigada!



Ministério da Saúde

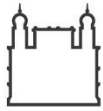
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Brasília

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), são consideradas a principal causa de morte e adoecimento no mundo. Dentre as DCNT, incluem-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, doenças preveníveis, mas que podem gerar grandes complicações e internações hospitalares com altos custos para a saúde pública. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel em auxiliar na prevenção contra o surgimento dessas doenças e mitigar suas complicações, e para isso é necessário excelência no acompanhamento e intervenções junto a estes pacientes. Diante do exposto, esta pesquisa tem objetivo de descrever o perfil dos portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus cadastrados em uma unidade básica de saúde, quanto as características sociodemográficas e clínicas. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, amostragem por conveniência, realizado com 104 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados em uma equipe de saúde de família, da Unidade Básica de Saúde 01 da Região Administrativa da Estrutural, localizada no Distrito Federal, com coleta de dados antropométricos e inquérito realizados em domicílio. Os dados foram digitados no Microsoft Office Excel® 2016, e analisados quanto as medidas de frequência, tendência central e dispersão. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob parecer nº 50267721.0.3001.5553. A partir da análise dos dados, foi possível identificar que os diagnósticos mais frequente foram a hipertensão arterial isolada, seguida de hipertensão arterial associada a diabetes mellitus; houve predominância do sexo feminino; a maioria na faixa etária entre 40 a 60 anos, de raça parda, de baixa escolaridade, com importante porcentagem de indivíduos relatando não possuir alguma fonte de renda, e demonstram ser em sua maioria totalmente dependentes dos serviço público saúde. Quanto ao perfil clínico: sedentários, com sobrepeso e obesidade, 82,4% das mulheres com circunferência abdominal elevada, baixa obtenção de resultado dos exames laboratoriais, elevado valores de pressão arterial e 79,8% com presença de histórico familiar precoce de DCNT. Considerações finais: O perfil sociodemográfico demonstrou algumas vulnerabilidades sociais que podem influenciar negativamente no estado de saúde dos indivíduos. Quanto ao perfil clínico demonstraram fatores de risco cardiovascular passíveis de intervenção pela atenção básica, e a necessidade de se melhorar a assistência de exames laboratoriais e acompanhamento desses pacientes.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis; Hipertensão arterial; Diabetes Mellitus; Atenção primária a saúde; Prevenção primária. Fatores de risco de doenças cardíacas.

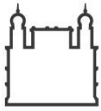


Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

ABSTRACT

Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) are considered the main cause of death and illness in the world. Among the NCDs, arterial hypertension and diabetes mellitus are included, which are preventable diseases, but which can generate major complications and hospital admissions with high costs for public health. Primary Health Care (PHC) has an important role in helping to prevent the emergence of these diseases and mitigate their complications, and for that, excellence in monitoring and interventions with these patients is necessary. Given the above, this research aims to describe the profile of patients with hypertension and/or diabetes mellitus registered in a basic health unit, in terms of sociodemographic and clinical characteristics. This is a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, convenience sample, carried out with 104 hypertensive and/or diabetic patients registered in a family health team, from the Basic Health Unit 01 of the Structural Administrative Region, located in the District Federal, with collection of anthropometric data and survey carried out at home. Data were entered into Microsoft Office Excel® 2016, and analyzed for frequency, central tendency and dispersion measures. The work was submitted to the Research Ethics Committee, being approved under opinion nº 50267721.0.3001.5553. From the data analysis, it was possible to identify that the most frequent diagnoses were isolated arterial hypertension, followed by arterial hypertension associated with diabetes mellitus; there was a predominance of females, most in the age group between 40 and 60 years, of mixed race, with low education, with a significant percentage of individuals reporting not having any source of income, and showing that they are mostly totally dependent on public health services. . Regarding the clinical profile: sedentary, overweight and obese, 82.4% of the women had high waist circumference, low achievement of laboratory test results, high blood pressure values and 79.8% had an early family history of CNCD. Final considerations: The sociodemographic profile showed some social vulnerabilities that can negatively influence the health status of individuals. As for the clinical profile, they showed cardiovascular risk factors that could be intervened by primary care, and the need to improve the assistance of laboratory tests and follow-up of these patients. Keywords: Chronic non-communicable diseases; Arterial hypertension; Diabetes Mellitus; Primary health care; Primary prevention. Risk factors for heart disease.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas e sua prevalência entre os pacientes com hipertensão e/ou diabetes mellitus.....19

Tabela 2. Fatores de risco adicionais para doenças cardiovasculares encontrada entre os participantes da pesquisa.....22

Tabela 3. Média, Desvio padrão e amplitude mínima e máxima de variáveis consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares.....23



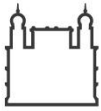
Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Brasília

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
CA	CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DCV	DOENÇAS CARDIOVASCULARES
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
DM	DIABETES MELLITUS
DAP	DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HDL	LIPOPROTEÍNA DE ALTA DENSIDADE
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
LDL	LIPOPROTEÍNA DE BAIXA DENSIDADE
LOA	LESÕES DE ÓRGÃO ALVO
PA	PRESSÃO ARTERIAL
PAS	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
PAD	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA
PDAD	PESQUISA DISTRITA POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MATERIAL E MÉTODOS	14
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO APLICADO.....	30
APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	34
ANEXO 1 - TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	37

PERFIL DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTUDO ENTRE UMA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Health profile of chronic diseases patients: study among a population registered in primary care

Daniela Basílio dos Santos¹

Mateus de Paula Von Glehn²

Aline de Oliveira Costa³

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), são consideradas, atualmente, como a principal causa de morte e adoecimento no mundo. No Brasil, são responsáveis por mais da metade do total de óbitos, 54,7% do total de mortes, em 2019¹. O grupo de DCNT abrange as doenças Cardiovasculares (DCV), as doenças crônicas degenerativas, além de outros agravos. Em geral, têm início progressivo, e que pode levar a incapacidades permanentes, sendo responsáveis por grande parte das internações hospitalares²³.

A sociedade, nas últimas décadas, passou por uma transição epidemiológica importante, relacionada à crescente urbanização, à redução da taxa de natalidade e envelhecimento populacional, bem como a transformações na sociedade contemporânea, como a mecanização da produção, maior acesso a produtos industrializados, estilo de vida não saudável da população, provocando então mudanças no perfil de morbimortalidade do país, tendo uma redução dos casos de doenças infecciosas e aumento dos casos de doenças crônicas¹. Estimativas apontam para um crescimento futuro da prevalência das DCNT nos países em

¹ Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fiocruz Brasília.

² Mestre em Medicina Tropical. Enfermeiro da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fiocruz Brasília

³ Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fiocruz Brasília. Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

desenvolvimento, com destaque para as DCV e distúrbios do metabolismo, especialmente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM), acompanhada de altos índices de mortalidade, por estarem relacionadas ao surgimento de outras DCNT que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida do indivíduo²⁻³.

A HAS é uma DCNT, de condição multifatorial, caracterizada por elevação persistente da Pressão Arterial (PA), relacionada a fatores de risco modificáveis ou não modificáveis, uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle, podendo ser inicialmente assintomática e evoluir com alterações estruturais e funcionais conhecidas como Lesões de Órgão Alvo (LOA)⁴. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com significativo custo médico, e prevalência que chega a mais de 50% para indivíduos com idade entre 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos⁴. Já o DM, é considerado um distúrbio metabólico por hiperglicemia persistente, que pode ser causada por deficiência na produção de insulina, na sua ação, ou em ambos os mecanismos, e também causa complicações a longo prazo, como a retinopatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular, Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC)⁵.

Em 2018, dentre as internações relacionadas com HAS, DM e à obesidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve um custo total de R\$ 3,84 bilhões. Só a HAS foi responsável por 59% deste custo, enquanto o DM correspondeu a 30%, e a obesidade 11%. No mesmo período a soma de gastos totais com hospitalização de adultos com tais doenças foi de 9,8% no país⁶.

A melhor maneira de evitar essas doenças é fortalecendo os meios de prevenção. As medidas de prevenção do DM tipo 2 e da HAS envolvem mudanças no estilo de vida, considerado um importante aliado na prevenção e até mesmo no retardo das complicações quando a doença já está instalada. A Atenção Primária em Saúde (APS), considerada a porta de entrada do SUS, tem entre seus princípios: a longitudinalidade e integralidade do cuidado, promovendo a saúde individual e coletiva⁷. O adequado manejo das DCNT na APS, são essenciais para contribuir com a redução de mortes prematuras. Com a melhoria de acesso aos serviços primários em saúde, e a expansão da APS, que cobre mais de 60% da população, as taxas de mortalidade por DCNT apresentou uma redução de cerca de 20% entre os anos de 1996 e 2007³.

O Brasil em 2011, criou um plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e conter as DCNT, e este plano foi atualizado na versão 2021 – 2030, quanto as atuações e metas do plano frente aos principais fatores de risco

em comum modificáveis: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade¹.

Como efeito da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) sob as taxas de internações por DCNT, um estudo realizado no estado de São Paulo mostrou que do ano de 2016 a 2018 houve uma significativa redução gradual nas internações causadas por diabetes mellitus, que foi de 10,4% em 2016, para 5,7% em 2018¹¹. Ainda em tal estudo, pode-se perceber o contraste quanto as internações oriundas de pessoas de áreas com ou sem cobertura pela ESF, em 2016, 16,3% das internações por DCNT eram de usuários oriundos de áreas com cobertura de ESF; e 83,7% das internações eram de pessoas residentes em áreas sem cobertura pela ESF. Isso ratifica o quanto a APS, por meio da ESF, com suas ações direcionadas para a educação em saúde, são fundamentais para a queda nas taxas de internações causadas por complicações do DM e HAS⁸¹¹.

No Brasil, os serviços da atenção primária em saúde são os que mais enfrentam desafios quanto ao controle e prevenção da HAS e DM e suas complicações. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, do contrário, as metas terapêuticas poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos³. Como a APS trabalha com grande aproximação com a população adscrita, cuidado centrado na pessoa e longitudinalidade, é essencial conhecer bem a população e comunidade com a qual se trabalha como estratégias para uma atenção de saúde com excelência, e assim poder intervir nos fatores de risco e proporcionar o controle de suas complicações. Diante do exposto, a presente pesquisa tem o seguinte objetivo descrever o perfil dos portadores hipertensão e/ou diabetes mellitus cadastrados em uma ESF, de uma Unidade Básica de Saúde, da Região Administrativa SCIA-Estrutural, do Distrito Federal, quanto as características sociodemográficas e clínicas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 104 indivíduos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados em uma equipe de saúde da família, localizado na Unidade Básica de Saúde 01, na Região Administrativa SCIA-Estrutural, localizada no Distrito Federal. Os dados foram coletados durante o período de novembro a dezembro de 2021.

Foi feito um levantamento do quantitativo de hipertensos e diabéticos cadastrados na respectiva equipe, e entre esse quantitativo foi realizado a pesquisa através de amostra de conveniência, o resultado final foi uma pesquisa realizada com 104 indivíduos que se encaixaram nos critérios de inclusão, indivíduos com: diagnóstico médico de hipertensão e/ou diabetes mellitus, com mais de 18 anos; sem nenhuma deficiência intelectual ou cognitiva que pudesse comprometer a compreensão do questionário aplicado; vinculados ao território adscrito da equipe, e que consentiam a sua participação mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

Inicialmente foi feito o mapeamento da área desta respectiva equipe, qual possui três grandes quadras, dividida em 5 microáreas e contendo um total de 29 conjuntos com seus respectivos lotes. Entre cada conjunto, foi realizado um sorteio aleatório para saber por qual lote iniciar as coletas, e assim seguimos uma sequência de verificação a partir do lote sorteado, verificando nos registros manuscritos e informatizados da equipe, a cada 2 lotes, em sentido horário, se residia algum cidadão com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus, à medida que fossemos identificando, uma lista foi feita com os prováveis indivíduos a serem entrevistado através de visita domiciliar.

Um estudo piloto foi feito com 5 pacientes adultos portadores de HAS e DM, em domicílio, que se encaixavam nos critérios de inclusão, para fins de aprimoramento do questionário que continha perguntas estruturadas sobre dados sociodemográficos, fatores de risco cardiovascular, hábitos comportamentais de saúde e continha local no questionário para preencher com dados secundários referente ao resultado de exames laboratoriais, (estes 5 estudos foram incluídos na respectiva amostra desta pesquisa).

As variáveis incluíram dados antropométricos, como peso corporal, Índice de Massa Corporal (IMC) - conforme dados da associação Brasileira para o estudo da obesidade e síndrome metabólica – ABESO⁹: $IMC \leq 18,5$ (baixo peso), $IMC = 18,5$ a $24,9$ (estrófico), $IMC \geq 25$ a $29,9$ (sobrepeso), $IMC \geq 30$ (obeso), e circunferência abdominal (onde foi mensurada do ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca lateral, sendo que os valores de normalidade adotados foram $<$ que 88 cm para as mulheres e $<$ que 102 cm para os homens)¹⁰.

Algumas informações sobre fatores de risco cardiovascular modificáveis e não modificáveis foram avaliadas, alguns auto referidos, como: tabagismo (sim ou não), presença ou não de LOA, atividade física avaliada nas seguintes frequências: todos os dias; quase sempre; raramente e nunca. Foi considerado sedentário quem respondeu: Não realizar nenhuma

atividade física ou raramente, histórico familiar de doença cardíaca ou cerebrovascular em familiar de 1º grau, antes dos 55 anos no caso de parentes homens e menores de 65 anos no caso de mulheres. Já quanto aos exames laboratoriais, foram avaliados os resultados de: Hemoglobina glicada, creatinina e lipidograma (HDL, LDL, Triglicérides, Colesterol Total) tendo como referência para a normalidade dos exames: o protocolo de manejo da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção primária, da SES do Distrito Federal¹⁰. Além desses foi verificada a pressão arterial seguindo todas as exigências e cuidados como orienta a última diretriz de hipertensão arterial de 2020¹². Os exames laboratoriais foram consultados através do número de acesso no sistema informatizado de prontuários da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Track Care ®), além de verificado exames impressos de laboratório particular quando apresentado pelo paciente no momento da entrevista. Verificações estas que foram informadas previamente ao paciente e realizadas mediante autorização por meio de assinatura do TCLE.

Os dados foram digitados no Microsoft Office Excel® 2016. Para análise dos dados foram utilizadas medidas descritivas como: medidas de frequência absoluta, frequência relativa, medidas de tendência central e dispersão. Foram respeitados os preceitos éticos aprovados pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

A produção deste artigo é um recorte de uma pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, como instituição proponente, e ao CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, como instituição proponente. A pesquisa foi aprovada sob CAAE nº.50267721.0.3001.5553.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

O DM e HAS são graves comorbidades para a saúde pública no Brasil e no mundo, responsáveis pela maioria das Doenças cardiovasculares. Dos 104 participantes da pesquisa, 48 % (n= 50) possuem diagnóstico de hipertensão arterial; 12,5% (n=13) possuem diagnóstico de diabetes mellitus e 39,4% (n=41) são simultaneamente diagnosticados como hipertensos e diabéticos (Tabela 1). Entre os participantes que possuíam simultaneamente as duas

comorbidades, o sexo feminino foi detentor de maior prevalência, com 68,3 % (n=28) e homens com 31,7% (n=13), no geral o sexo feminino prevaleceu com maior número de entrevistados.

Em 2010, mundialmente a prevalência de HAS entre os homens foi de 31,9% e 30,1% entre as mulheres. Segundo dados da Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel - 2019) quanto a prevalência de HAS no Distrito Federal, também se mostrou maior entre o sexo masculino, com 29,6%, enquanto as mulheres com 27,5%, o que se mostrou contrário aos resultados aqui apresentados nestes estudos onde a maior prevalência foi no sexo feminino¹³. Já em uma pesquisa realizada sobre o perfil dos pacientes crônicos do programa nacional de hipertensão e diabetes mellitus no estado do Nordeste, mostrou resultados semelhantes a este, com prevalência maior no sexo feminino tanto para HAS isolada ou associada a DM¹⁴. A prevalência de mulheres quanto aos assuntos que envolvem cuidados com a saúde vai ao encontro de muitos outros estudos, por ser o gênero que mais procura por assistência em saúde¹⁵.

Quanto a faixa etária mais prevalente neste estudo foi entre 40 a 60 anos 57,7% (n=60), estudo similar obteve (45,46%) indivíduos portadores de HAS e/ou DM na faixa etária dos 40 anos¹⁶. Já em outras pesquisas científicas a prevalência quanto a estas comorbidades aqui apresentadas destacam-se nos indivíduos acima dos 60 anos, qual chega a ser em torno de 65% a representatividade de indivíduos que apresentam HAS nesta faixa etária¹².

Apesar de não ter sido predominante, os idosos também apresentaram altos índices de diagnósticos aqui neste estudo, sendo 39,4% (n= 41). Com o envelhecimento, a PA torna-se um problema devido a capacidade natural de enrijecimento das artérias, reduzindo sua elasticidade e complacência, o que favorece seu aumento¹². Dados da Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios na região de SCIA/Estrutural (PDAD) de 2018, revela que a idade média da população onde foi realizado o estudo foi de 26,3 anos, ou seja, de uma população jovem¹⁷, apesar de outros estudos mostrarem que a prevalência de HAS é maior entre idosos, chegando a 71,7 % para aqueles com mais de 70 anos, os indivíduos deste estudo contrariaram as estatísticas, o que nos traz uma alerta para a necessidade de intervenções eficazes com esta população, pois uma faixa jovem já está grandemente acometida por comorbidades crônicas¹².

O PDAD (2018) revelou ainda que em relação a raça e cor, a parda é a predominante na região, o que é ratificado neste estudo, onde 51,9% se auto referiu pardo(a)¹⁷. Dados de um estudo sobre perfil socioeconômico e epidemiológico com pacientes portadores de HAS e DM realizada em outra localidade do Distrito Federal, mostram também prevalência de raça parda auto referida entre os entrevistados¹⁸.

Quanto ao grau de instrução, 11,5% (n=12) relataram não ter nenhum grau de escolaridade e 55,8% (n=58) com ensino fundamental incompleto, sendo, este último, frequente em 50% dos participantes diagnosticados apenas com HAS e 61% entre quem possuíam HAS associada a diabetes mellitus o que confere risco cardiovascular aumentado.

As estatísticas da pesquisa do Vigitel (2019) mostraram que a frequência destas comorbidades foram maiores nos estados com menor índices de escolaridade¹³. Outras pesquisas também mostram que a prevalência de tais comorbidades é inversamente proporcional ao grau de escolaridade, evidenciando correlação entre o baixo nível de escolaridade, a alta prevalência de DCNT e principalmente com a baixa adesão ao tratamento¹⁹. O nível de escolaridade pode influenciar diretamente no grau de compreensão do indivíduo quanto a própria doença e seu tratamento, estudos demonstram que indivíduos que possuem níveis de escolaridade mais elevadas corroboram com efeito protetor para a HAS¹⁹

Ao avaliar aspectos relativos ao estado civil, observou-se que o maior contingente desta pesquisa, com 59,6% (n=62) está disposto no convívio familiar em que se mantêm laços conjugais (casados/união estável), o que corrobora com outros estudos²¹. Em pesquisa de Mendes et al. (2014), relata que houve maior uso racional de medicamentos entre os indivíduos hipertensos e diabéticos que se diziam casados e com vida profissional ativa. Condição que se deve, como hipótese, como resultado da rede social de apoio a qual estavam inseridos^{20,21}.

Quanto à fonte de renda, 19,6% (n=20) são aposentados ou pensionista, e 16,7% (n=17) estavam trabalhando como assalariado no momento da coleta dos dados; 19,6% (n=20) relataram trabalhar como autônomos Outro aspecto significativo é o quantitativo de pessoas que não estão trabalhando no momento, que foi de 44,1% (n=45), o que indica a grande situação de vulnerabilidade a qual estes estão expostos, podendo agravar ainda mais seu processo saúde-doença, já que o trabalho é um dos macro determinantes e condicionantes da saúde do qual outros fatores e determinantes de saúde são dependentes. Em pesquisa que buscou estudar os fatores responsáveis pela variação na mortalidade por doenças cardiovasculares, evidenciou que 38% das variações de mortalidades cardiovasculares foram explicadas por fatores de determinantes sociais e econômicos, como fonte de renda e escolaridade²²

Dentre as 104 pessoas cadastradas na ESF, 89,4% (n=93) são totalmente dependentes dos serviços de saúde SUS, e 10,6% (n=11) relataram ter algum plano de saúde privado. Isso é concordante com dados do IBGE qual afirma que um total aproximadamente de 70% da população Brasileira é dependente do SUS²³.

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas e sua prevalência entre os pacientes com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Variáveis	HAS		DM		HAS+DM		TOTAL	
	n=50	%	n=13	%	n=41	%	n=104	%
SEXO								
Feminino	36	72,0	10	76,9	28	68,3	74	71,2
Masculino	14	28,0	3	23,1	13	31,7	30	28,8
Idade								
< 40 anos	2	4,0	1	7,7	0	0,0	3	2,9
40 a 60 anos	30	60,0	7	53,8	23	56,1	60	57,7
> 60 anos	18	36,0	5	38,5	18	43,9	41	39,4
Raça/cor								
Parda	28	56,0	5	38,5	21	51,2	54	51,9
Preta	16	32,0	3	23,1	10	24,4	29	27,9
Branca	4	8,0	5	38,5	8	19,5	17	16,3
Amarela	2	4,0	0	0,0	2	4,9	4	3,8
Escolaridade								
Sem escolaridade	4	8,0	1	7,7	7	17,1	12	11,5
Ensino fundamental incompleto	25	50,0	8	61,5	25	61,0	58	55,8
Ensino fundamental completo	2	4,0	1	7,7	4	9,8	7	6,7
Ensino médio incompleto	6	12,0	1	7,7	1	2,4	8	7,7
Ensino médio completo	11	22,0	2	15,4	2	4,9	15	14,4
Ensino superior incompleto	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	1,0
Ensino superior completo	2	4,0	0	0,0	1	2,4	3	2,9
Estado civil								
Casado/união estável	29	58,0	9	69,2	24	58,5	62	59,6
Divorciado	4	8,0	1	7,7	4	9,8	9	8,7
Solteiro	13	26,0	3	23,1	6	14,6	22	21,2
Viúvo	4	8,0	0	0,0	7	17,1	11	10,6
Fonte de renda (n=102)								
Aposentado/pensionista	10	20,0	2	15,4	8	19,5	20	19,6
Assalariado	12	24,0	1	7,7	4	9,8	17	16,7
Autônomo	8	16,0	3	23,1	9	22,0	20	19,6
Não está trabalhando no momento	19	38,0	6	46,2	20	48,8	45	44,1
Plano de saúde								
Sim	7	14,0	0	0,0	4	9,8	11	10,6
Não	43	86,0	13	100,0	37	90,2	93	89,4

Legenda: HAS – Hipertensão arterial sistêmica; DM – Diabetes mellitus

Fonte: Elaboração própria, 2022

PERFIL CLÍNICO

Como fatores de risco adicionais para doenças cardiovasculares, obteve-se como resultados: (Tabela 2), em relação ao fator de risco relacionado ao sexo, 28,8% (n=30) eram do gênero masculino, e dentre estes n=24 deles possuíam idade igual ou a cima de 55 anos, enquanto dentre as 71,2% n=74 mulheres entrevistadas, n=31 delas possuíam idade igual ou superior a 65 anos. Em estudo realizado com pacientes entre 20 a 79 anos, encontraram resultados semelhantes quanto a predominância de tais diagnósticos de HAS e DM entre o sexo feminino, e independente do gênero pôde-se perceber que a predominância do diagnóstico aumentou com a idade¹³ o que está em consonância com a literatura que mostra um aumento para ambos os sexos, alcançando 61,5% e 68% na faixa etária de 65 anos ou mais, em homens e mulheres, respectivamente¹².

Quanto ao tabagismo, que é um fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares, o Distrito Federal está entre os estados com maior porcentagem de fumantes do sexo masculino, com (15,8%)¹³, porém a porcentagem encontrada nesta pesquisa foi baixa, com representatividade de 6,7% (n=7) do total de entrevistados considerando-se como tabagistas. Em outras pesquisas sobre risco cardiovascular entre pacientes crônicos o resultado foi também de baixa prevalência se comparado ao número aqui encontrado^{18,25,28}. De um modo geral, o Brasil vem se destacando mundialmente nos últimos anos na redução do tabagismo graças a eficácia das políticas de controle^{25,28}.

Os resultados de alguns exames foram verificados, porém em relação as alterações encontradas no lipidograma e hemoglobina glicada, considerando qualquer coleta dos últimos 12 meses, obteve-se os seguintes achados: colesterol acima de 190 mg/dl, foi encontrado ao menos sete alterações entre os 12 indivíduos que coletaram tal exame (n=92 pessoas estavam sem resultado de exames), LDL acima de 115 mg/dl foi encontrado 5 alterações entre os 11 resultados encontrados (n=93 pessoas estavam sem os resultados), HDL menor que 40mg/dl entre o sexo masculino foi encontrado 2 alterações entre os 4 resultados encontrados (n=26 homens não possuíam resultados de tal exame), HDL menor que 46 mg/dl no sexo feminino foi encontrado 4 alterações dos 8 resultados obtidos (n=66 mulheres sem resultado dos exames), hemoglobina glicada alterada, encontrada entre o total de entrevistados independente do sexo foi 21 entre os 25 resultados possíveis de verificação.

Os exames laboratoriais são fundamentais no diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos e podem ser solicitados tanto por médicos quanto pelos enfermeiros,

a depender dos protocolos assistenciais de cada município. O Distrito Federal tem seus próprios protocolos aprovados, e possui um guia sobre o manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na APS, elaborado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, porém, ressalta-se que este estudo foi realizado dentro de um contexto da pandemia de Covid-19, portanto, o déficit dos resultados laboratoriais aqui pode ser justificado pela dificuldade dos usuários em conseguir acesso a consultas e exames na APS devido a restrições impostas pelas medidas sanitárias de saúde em tempos pandêmicos. No início da pandemia, o foco se tornou o atendimento as pessoas com sintomas respiratórios relacionado a Covid-19; atendimentos eletivos foram restringidos; recursos humanos foram realocados; novos fluxogramas foram colocados em ação na tentativa do sistema de saúde driblar toda uma grande crise, e consequentemente esses pacientes crônicos que requerem um acompanhamento longitudinal e periódico foram prejudicados³²⁻³³.

Quanto a classificação do IMC igual ou acima de 30kg/m^2 , 33,7% (n=35) enquadraram-se na classificação de obesidade. Quanto a circunferência abdominal, 51,9% (n=14) dos 30 homens possuíam CA > 102 cm, e no sexo feminino 82,4% (n=61) das 74 mulheres entrevistadas, possuíam CA >88 cm.. Em um estudo semelhante que avaliou perfil sociodemográfico e fatores de risco cardiovascular, o sexo feminino também teve destaque em apresentar CA elevada²⁷. Em uma pesquisa realizada com 36.270 pessoas com DM tipo 2, a maioria apresentava sobrepeso ou obesidade, e dentre estes, um total de 4.772 apresentaram lesão secundária, os tipos de lesões mais encontradas foram: IAM 2,9%, AVE 2,4%, pé diabético ocorreu em 3,1% e a mais encontrada foi a DRC em 5,7%²⁶.

Estudos que procuravam avaliar o risco cardiovascular, obteve resultados significativos quanto a prevalência de obesidade em sua população, ratificando o quanto este tem sido uma epidemia do século XXI, e um problema para a saúde e gastos públicos. A detecção do grau de obesidade pode ser feita por meio de dados antropométricos, algo de fácil manuseio, custo acessível, e com ótima precisão para se analisar o estado nutricional e colaborar para avaliação do risco cardiovascular do indivíduo²⁷. A identificação desses fatores de risco de forma isolada ou combinada podem ser úteis ao planejamento e execução de políticas públicas, que visem à redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, auxiliando no trabalho de prevenção e redução de complicações futuras, assim como possíveis interações sensíveis a atenção primária²⁷.

Quanto ao histórico familiar de DCV ou cerebrovasculares precocemente, teve frequência de 79,8% (n=67) entre todos os participantes. Lesões de órgão alvo foram relatadas por 11,5% (n=12) indivíduos.

Tabela 2 - Fatores de risco adicionais para doenças cardiovasculares encontrada entre os participantes da pesquisa.

Variáveis	N= FA/DENOMINADOR	%
SEXO MASCULINO	30/104	28,8
IDADE		
Idade a partir de 55 para homens	24/30	80,0
Idade a partir de 65 para mulheres	31/74	41,9
TABAGISMO	7/104	6,7
DISLIPDEMIA		
Colesterol a partir de 190 mg/dl	7/12	58,3
LDL acima de 115 mg/dl	5/11	45,5
Triglicerídeos acima de 150 mg/dl	13/25	52,0
HDL menor que 40 para homens mg/dl	2/4	50,0
HDL menor que 46 para mulheres mg/dl	4/8	50,0
HEMOGLOBINA GLICADA acima de 5,7% mg/dl	21/25	84,0
OBESIDADE		
IMC > ou igual a 30 Kg/m ²	35/104	33,7
CA a partir de 102cm para os homens	14/27	51,9
CA a partir de 88 cm para as mulheres	61/74	82,4
HISTÓRICO FAMILIAR de IAM/AVE/HAS/DM	67/84	79,8
LOA	12/104	11,5

Legenda: FA – Frequência absoluta; N – Número; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; DM – Diabetes mellitus; LDL – Lipoproteína de baixa densidade; HDL – Lipoproteína de alta densidade; IMC – Índice de massa corporal; CA – Circunferência abdominal; IAM – Infarto agudo do miocárdio; AVE – Acidente vascular encefálico.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Na Tabela 3 é possível verificar que a média encontrada para IMC entre o sexo masculino foi de 27,7, com mínima de 21,6 e máxima de 33,2; no sexo feminino a média foi de 28,9, com mínimo de 18,8 e máximo de 45,0. Em relação à circunferência abdominal, obteve-se média de 102,1cm para os homens e 98,2 cm para as mulheres.

A Pressão Arterial sistólica teve média de 140 mmHg e Desvio Padrão (DP) de 19 entre os homens, com valor máximo encontrado de até 188 mmHg. No gênero feminino, encontrou-se PAS média de 141 mmHg, com DP de 23, e valor máximo e 229. Já a pressão arterial diastólica, no sexo masculino teve média de 87 mmhg, DP de 11, mínimo de 64 e máxima de

118 mmHg, e mulheres a PAD média foi de 85 mmHg, com mínimo de 50 e máximo de 126 mmHg. O tempo de diagnóstico de HAS entre os homens teve média de 11,3 anos e nas mulheres de 10 anos, e o DM média de 9 anos para os homens e 6,7 anos entre as mulheres.

Tabela 3 – Média, Desvio padrão e amplitude mínima e máxima de variáveis consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares

Variável	Média (DP)		Amplitude	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
IMC	27,7 (3,5)	28,9 (5,5)	21,6 - 33,2	18,8 - 45,0
Circunferência abdominal	102,1 (9,6)	98,2 (12,7)	81 - 122	64 - 123
PAS	140 (19)	141 (23)	103 - 188	96 - 229
PAD	87 (11)	85 (13)	64 - 118	50 - 126
Tempo de HAS	11,3 (5,2)	10 (6,5)	1 - 20	1 - 40
Tempo de DM	9 (5,9)	6,7 (4,6)	1 - 20	1 - 15

Legenda: DP – Desvio padrão; Amplitude – Descrição de valor mínimo e máximo; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; DM – Diabetes mellitus; IMC – Índice de massa corporal; CA – Circunferência abdominal; vascular encefálico.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Conforme a literatura, os valores de pressão arterial elevados têm sido tradicionalmente associados a lesões de órgão-alvo e mortalidade precoce. Estudos revelaram que a PAS superior a 100 mmHg aumenta o risco cardiovascular em até três vezes, em comparação quando o indivíduo possui PAS entre 90 e 99 mmHg. Alterações prolongadas da PA atuam como gatilhos para o desenvolvimento de disfunções nas camadas das paredes arteriais, acelerando o envelhecimento vascular e colaborando para a rigidez arterial¹². Um estudo realizado para avaliar pacientes hipertensos e diabéticos em acompanhamento na ESF no estado do Pará revelou que 66,3% dos entrevistados estavam com PA elevado a cima do adequado (140x90 mmHg), indicando provavelmente uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso³⁵.

Essa pesquisa embora apresente inferência interna, apresenta limitações, dentre as quais a impossibilidade de atribuir causalidade, devido ao método transversal escolhido.; o quantitativo de participantes sem resultado dos exames laboratoriais que geralmente é exigido semestralmente ou anualmente, segundo cada situação mencionada pelo protocolo de manejo da hipertensão e diabetes elaborado pela SES-DF. Além disso, pode haver viés quanto as informações relacionadas a respostas auto referidas, e o fato de se tratar de um período pandêmico, que comprometeu a assistência ofertada pela unidade básica de saúde e suas respectivas equipes, causando barreiras frente ao acesso para estes usuários crônicos em seus acompanhamentos habituais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico dos entrevistados foi caracterizado por apresentar em sua maioria uma população entre 40 a 60 anos, predominantemente do sexo feminino, de raça parda, com baixo nível de escolaridade, com condição conjugal em união estável, e com expressiva porcentagem de entrevistados que não estão trabalhando no momento e dependentes do sistema público para a resolução dos seus problemas de saúde. Quanto ao perfil clínico, a maioria apresentou diagnóstico isolado de hipertensão arterial, e o segundo mais prevalente foi o quantitativo de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus concomitantemente. Expressiva porcentagem de indivíduos com sobrepeso, obesidade, sedentários e com elevação da circunferência abdominal, principalmente entre as mulheres. Foi baixo o índice de tabagismo e lesões de órgão alvo auto referidos. Quanto aos valores do IMC e da pressão arterial, os valores alterados foram encontrados em ambos os sexos.

Houve déficit nos resultados laboratoriais dos exames laboratoriais úteis para a estratificação de risco segundo o protocolo de manejo clínico de hipertensão e diabetes mellitus. A pesquisa demonstrou que apesar da população da região estudada não ser em maioria idosos, muitos se enquadraram em um perfil clínico preocupante quanto aos riscos cardiovasculares devido a fatores de riscos passíveis de modificação, como os elevados valores da pressão arterial e excesso de peso, condições essas que requer mudança no estilo de vida com aumento da realização de condutas saudáveis para saúde, o que ratifica ainda mais a importância que a atenção primária tem frente a educação em saúde e colaboração para a prevenção do surgimento das DCNT e quando já instaladas, tem papel fundamental em prevenir suas complicações, incluindo as lesões por órgão-alvo, e assim reduzir as taxas de internações por condições sensíveis a atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis 2021 – 2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view Acessado em: 10 de Junho de 2021.
2. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Diretrizes para manuseio da hipertensão e diabetes mellitus: Linha de cuidado – hipertensão e diabetes. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo; 2017. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Rede%20Cuidar/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes.pdf Acessado em 14 de Junho de 2021.
3. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acessado em: 03 de Janeiro 2022.
4. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf Acessado em: 14 de Junho de 2021.
5. Sociedade Brasileira De Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. Brasil: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf> Acessado em: 20 de Junho de 2021.
6. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2019; 43. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e32/pt> Acessado em 15 de junho de 202.
7. Medina GM, Aquino R, Vilasbôas QLA, Mota E, Junior PPE, Luz AL, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? Saúde Debate. 2014; 39: 69-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/G59fGsKzHXY3FRqwVp6KzVj/?lang=pt&format=pdf> Acessado em: 23 de fevereiro de 2022.

8. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf Acessado em: 14 de Junho de 2021.
9. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. Ed. SÃO PAULO: ABESO; 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf> Acessado em 23 de Fevereiro de 2022.
10. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Comissão permanente de protocolos de atenção à saúde, Governo do distrito Federal, SES-DF; 2018. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/hipertensao-e-diabetes-Manejo_da_HAS_e_DM_na_APS.pdf Acessado em: 13 de Janeiro de 2022.
11. Peereira SNH, Santos OIR, Uehara ASCS. Efeito da Estratégia Saúde da Família na redução de internações por doenças crônicas não transmissíveis. Rev Enferm UERJ. 2020; 28: e49931. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49931/35747> Acessado em 15 de Junho de 2021
12. Barroso SKW, Rodrigues SIC, Bartolotto AL, Mota-Gomes AM, Brandão AA, Feitosa MDA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658 Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS2020.pdf> Acessado em 14 de Junho de 2021.
13. Ministério da Saúde. Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf Acessado em: 19 de Janeiro de 2022.
14. Soeiro SMV, Coimbra CL, Aquino CMD, Goiabeira ALNY, Viana SL, Ramos ALE. Perfil dos pacientes acompanhados pelo SIS-Hiper Dia em um estado do nordeste brasileiro. Arch. Health Sci. 2019; 26(1):28-31. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1230
15. Levorato DC, Mello ML, Silva SA, Nunes AA. Fatores associados á procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 9(4): 1263-1274. DOI: 10.1590/1413-81232014194.01242013

16. Tormas PD, Santos SAD, Souza PNG, Freitas CSFA, Faria RF, Goulart SL. Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus em uma estratégia saúde da família: perfil e associação aos fatores de risco. *Revista interdisciplinar de estudos em saúde da UNIARP*. 2020; v.9, n.1(19). Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1743> Acessado em: 20 de Janeiro de 2022.
17. Secretaria de estado de fazenda, planejamento, orçamento e gestão do distrito federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílio PDAD - SCIA/Estrutural - 2018. Brasília: Companhia de planejamento do distrito federal – CODEPLAN; 2019. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/SCIA-Estrutural.pdf> Acessado em: 20 de Janeiro de 2022.
18. Neto STC, Almeida GNA. Perfil socioeconômico e epidemiológico de portadores de hipertensão e diabetes do Riacho Fundo II- DF. *Com. Ciências Saúde*. 2018; 29(1):15-22 Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/perfil_socioeconomico_epidemiologico.pdf Acessado em: 21 de Janeiro de 2022.
19. Tavares LUN, Bertoldi DA, Mengue SS, Arrais DSP, Luiza LV, Oliveira AM, Ramos RL, et al. Fatores associados á baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50 (supl 2):10s. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150-pt.x34413.pdf Acessado em: 18 de Janeiro de 2022.
20. Mendes PVL, Luiza LV, Campos RM. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(6): 1673-1684. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sSNRcbrFQ3Tx9PszrCRvZcf/?lang=pt#:~:text=Os%20testes%20estat%C3%ADsticos%20mostraram%20que,6%20meses%20anteriores%20%C3%A0%20pesquisa>. Acessado em: 18 de Janeiro de 2022.
21. Mendonça TE, Almeida CL, Amaro FOM, Moreira RT, Diogo SAN, Ribeiro LCR. Perfil sociodemográfico, Clínico e Cardiovascular adicional de indivíduos hipertensos *Rev Enferm UFPE on line*. 2015; 9(12):1182-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10823> Acesso em: 19 de Janeiro de 2022.
22. Shivani AP, Mohammed KA, Venkat Narayan KM, Neil KM. County-Level Variation in Cardiovascular Disease Mortality in the United States in 2009–2013: Comparative Assessment of Contributing Factors. *American Journal of Epidemiology*. 2016; DOI: 10.1093/aje/kww081

23. Ministério da Saúde. Mais saúde - Diretrizes estratégicas. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php> Acessado em: 25 de Janeiro de 2022.
24. Sarno F, Bittencourt CA, Oliveira SA. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de atenção primária de saúde. Einstein. 2020; ;18:eAO4483. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4483.
25. Silva Filho JCB, Silva JC, Barbosa TA. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos aplicada por uma equipe da estratégia de saúde da família em
26. Nunes MF, Sotero MTF, Magalhães AT, Godinho QCVA, Oliva PNH. Prevalência de Lesões em órgão-alvo em diabetes tipo 2. Rev Soc Bras Clin Med. 2019; ;17(2):85-9. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026512/85-89.pdf> Acessado em: 15 de Junho de 2021.
27. Bispo JMI, Santos SHP, Carneiro OAM, Santana BDT, Fernandes HM, Casotti AC, et al. Fatores de risco cardiovascular e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. O mundo da saúde. 2016; 40 (3): 334-342. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155575/A08.pdf Acesso em: 25 de Fevereiro de 2022.
28. Barreto, IF. Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. História, Ciências, Saúde. 2018; 25 (3) 797-815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/gR3wzXhzp5mWtvqXchfKG6x/?lang=pt&format=pdf> Acessado em: 24 de Janeiro de 2022.
29. Silva AJT, Almeida AUE, Cabral OAAS, Figueiredo AHC. Dificuldades enfrentadas pelo portador de hipertensão arterial sistêmica à adesão ao tratamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras de Educação em Saúde – REBES. 2017; v.7, n.1: 23-30. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4839> Acessado em 25 de fevereiro de 2022.
30. Bezerra CG, Oliveira SV, Santos VRCI, Silveira MMF. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. Rev. Enf. 2015; 1(1):19 – 22. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v1n1a03.pdf> Acessado em: 24 de fevereiro de 2022.
31. Filha CSSF, Nogueira TL, Medina GM. Avaliação do Controle de Hipertensão e Diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. Saúde Debate. 2014; V. 38, N. ESPECIAL. 265-278. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cz7Qw4r6VFqGk5cXT9G5J5j/?lang=pt> Acessado em: 24 de fevereiro de 2022.

32. Borges GNK, Oliveira CR, Macedo PAD, Santos CJ, Pellizzer MGL. O impacto da pandemia de covid-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua relação com o acesso aos serviços de saúde. Revista científica da escola estadual de saúde pública de Goiás “Candido Santiago”. 2020; 6(3):e6000013. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/240> Acessado em: 27 de Janeiro de 2022.
33. Molly MJ, Gail DO, Hyung P, Timothy FPM, William ES, Jason AH, et al. Trends in Emergency Department Visits and Hospital Admissions in Health Care Systems in 5 States in the First Months of the COVID-19 Pandemic in the US. *Jama Internal Medicine*. 2020. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3288
34. Trajano RQ, Pacheco DS, Fernandes BMV. Dificuldades identificadas pelos profissionais da saúde da atenção primária à saúde no acompanhamento dos doentes crônicos durante a pandemia do covid-19. Universidade do Sul de Santa Catarina; 2021. Acessado em: 27 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18878>
35. Costa LM, Moraes BR, Vaz NWD, Santos AG, Duarte CCR, Junior SBAJ, et al. Avaliação dos pacientes com Diabetes e Hipertensão em uma Estratégia de Saúde da Família localizada na zona rural do interior do Estado do Pará. *Research, Society and Development*. 2021; V. 10, n.3. e2610313025. Disponível em: < https://redib.org/Record/oai_articulo3103297-avalia%C3%A7%C3%A3o-dos-pacientes-com-diabetes-e-hipertens%C3%A3o-em-uma-estrat%C3%A9gia-de-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia-localizada-na-zona-rural-do-interior-do-estado-do-par%C3%A1 >Acessado em 26 de fevereiro de 2022.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO - (SOCIOECONÔMICO e CLÍNICO).

- 1.Nome:** _____
- 2.SUS/CPF:** _____
- 3. DN:** _____ **4.SES:** _____
- 5. Data da coleta de dados:** _____
- 6. Sexo:** () masculino () feminino
- 7. Raça/cor:**() branco (a) () preto (a) () pardo (a) () amarelo (a) () indígena
- 8.Escolaridade:**
 () Sem escolaridade () Ensino fundamental - incompleto () Ensino fundamental - completo
 () Ensino médio -incompleto () Ensino médio - completo () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo. () Especialização/pós graduação () Não sei informar
- 9.Estado civil:**
 () Solteiro (a) () Casado (a)/união estável () Viúvo (a) () Divorciado.
- 10.Fonte de renda:**
 () Servidor público () Aposentado/pensionista () Autônomo () Outro.
 () Não está trabalhando no momento () assalariado () Recebe auxílio/benefício do governo.
- 11.Possuí plano de saúde privado? () Sim () Não**
- 12.Peso:** _____ **13. Altura:** _____
- 14.CA** _____
- 15. Pressão arterial sistólica:** _____ **16. Pressão arterial diastólica:** _____
- 17. IMC:** _____
- 18. Você Fuma:**
 () Sim
 () Não
- 19.Tem diagnóstico de Hipertensão arterial ? () sim () não**
- 20- Possui o diagnóstico de hipertensão arterial há quanto tempo?**

- 21.Tem diagnóstico de Diabetes mellitus? () sim () não**
- 22- Possui o diagnóstico de Diabetes Mellitus há quanto tempo? (Só para diabéticos)**

- 23- Possui histórico de DCNT entre familiares de 1º grau (pai e mãe), como: IAM/ICC/AVC...?**
 () Sim () Não () Não lembro () Não sei informar/não lembro
- 24- Complicações crônicas/LOA (AUTO REFERIDA):**
 () Cardiopatia (ICC)
 () Nefropatia (DRC...)
 () Retinopatia
 () Problema cerebrovascular (AVE/AIT/AVC...)
 () Doença coronariana (IAM/Angina instável/ Revascularização miocárdica)
 () Neuropatia

- () Nega qualquer complicação crônica.
 () Nega ter alguma complicação crônica segundo seu conhecimento
 () Ignorado/ não sabe informar/prefere não responder

25-Valor de Hemoglobina glicada, colhido nos últimos 12 meses: _____

- () ignorado/não solicitado/faltou reagente

26-Colesterol total > 190 mg/dl () sim () não () ignorado/não solicitado/faltou reagente

27-LDL > 115 mg/ml () sim () não () ignorado/não solicitado/faltou reagente

28 - Triglicerídeos > 150 mg/dl () sim () não () ignorado/não solicitado/faltou reagente

29-Glicemia em jejum de 100 a 125 mg/dl () sim () não () ignorado/não solicitado/faltou reagente

30- Valor do HDL: _____ () ignorado/não solicitado/faltou reagente...

31.- Valor de creatinina dos últimos 12 meses: _____

Classificação da TFG, estimada por meio do uso da fórmula de CKD-EPI.

() > **90** ml /min/1,73m²

() **60** a 89 ml/min/1,73 m²

() **30** a 59 ml/min/1,73 m²

() **15** a 29 ml/min/1,73m²

() < **15** ml/min/1,73 m²

() Não foi possível estratificar/sem resultado do exame nos últimos 12 meses/não encontrado resultado

32- Estratificação de risco no paciente hipertenso, de acordo com fatores de risco cardiovascular e LOAs, segundo protocolo da SES-DF:

() Sem risco adicional

() Risco Baixo

() Risco moderado

() Risco Alto

() Ignorado/ Não foi possível estratificar/sem resultado do exame nos últimos 12 meses...

() Não se aplica

PERCEPÇÃO DO AUTOCUIDADO:

33-Reduz a quantidade de sal na preparação de suas refeições:

() Sim

() Não

() Raramente

() Prefiro não responder

34-Tem dificuldade para reduzir a quantidade de doces no dia a dia?

() Sim

() Não

() Raramente

() Prefiro não responder

35-Sobre a frequência do consumo de produtos industrializados (salsicha, linguiça, enlatados, refrigerantes, sucos industrializados...)

() Todos os dias

() Quase sempre

Raramente

Nunca

36-Sobre o consumo de comidas gordurosas: frituras, carnes com gordura...

Todos os dias

Quase sempre

Raramente

Nunca

37-Sobre o consumo de pelo menos 2 a 3 frutas no dia:

Todos os dias

Quase sempre

Raramente

Nunca

38- Sobre o consumo de pelo menos 2 a 3 tipos de legumes e/ou verduras no dia:

Todos os dias

Quase sempre

Raramente

Nunca

39-Com que frequência ingere bebida alcoólica:

Todos os dias

Quase sempre

Raramente

Nunca

40-Com que frequência realiza atividade física:

Todos os dias

Quase sempre

Raramente

Nunca

41-Com que frequência faz uso dos seus medicamentos corretamente como prescrito:

Todos os dias

Quase sempre

Raramente

Nunca

42-Precisa de ajuda para lembrar/ tomar suas medicações (que alguém o lembre, precisa usar alarmes, precisa usar bilhetes), pergunta direcionada para quem usa medicamentos:

Sim

Não

43-Você já interrompeu por conta própria o seu tratamento:

Sim

Não

Prefiro não responder

44-Tem dificuldade para locomover sem apoio e por pequena ou média distâncias:

Sim

Não

45-Tem dificuldade para reparar as próprias refeições se necessário:

- Sim
- Não
- Não sei responder

46-Tem dificuldades para realizar a própria higiene pessoal sozinho (a):

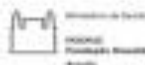
- Sim
- Não
- Não sei responder

47-Por causa de seus problemas de saúde, deixou de conseguir realizar tarefas como: domésticas leves/ lavar louça/ limpeza leve/ fazer compras:

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei responder



APENDICÊ 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO – EFIOCRUZ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM ATENÇÃO BÁSICA

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Dificuldades enfrentadas pelos portadores de hipertensão e/ou diabetes frente a prevenção de lesões de órgão alvo, sob a responsabilidade do pesquisador *Daniela Basílio Dos Santos – Enfermeira residente na Atenção Básica*.

O nosso objetivo é Identificar e descrever as suas dificuldades frente aos cuidados com a própria saúde, que vise prevenir as complicações que podem vir a ocorrer em decorrência da hipertensão e diabetes. Queremos investigar suas dificuldades, aja visto que a Hipertensão e diabetes são os causadores de inúmeras outras doenças e complicações de saúde, porém podem ser preveníveis ou retardadas com ações protetoras com mudanças no estilo de vida. Sabendo de suas dificuldades procuraremos melhorar nossas ações para lhe ajudar neste processo.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará através do preenchimento de dois questionários, com duração prevista de 40 min, o primeiro serve para caracterização socioeconômicas como, por exemplo: sua ocupação, renda familiar mensal, quantas pessoas moram na residência...) e clínico epidemiológicas, como: sexo, idade, a quanto tempo possui hipertensão e /ou diabetes, peso, altura, circunferência abdominal, medicamentos em uso, classificação do risco em hipertensão arterial, se foi solicitado exames conforme protocolo de Hipertensão e Diabetes pelo menos 1 vez em 12 meses...), o segundo questionário é para identificar e descrever as suas práticas de cuidados com a saúde e o grau de dificuldades quanto a realização destes hábitos. Além disso a pesquisadora irá consultar o prontuário eletrônico do paciente, mediante sua autorização neste termo de compromisso. Essa verificação do prontuário será necessária para complementar dados da pesquisa quanto a realização de alguns exames laboratoriais, e garantimos que terceiros não terão acesso aos seus dados, somente a pesquisadora, em computador pessoal, protegido por senha, os respectivos formulários com suas respostas e informações serão identificados apenas por um código representativo, e não com seus dados pessoais.

Essa coleta de dados ocorrerá na visita em domicílio, agendada e informada com antecedência e mediante autorização do Srº ou Srª, ocorrerá em área mais externa e ventilada de sua residência, respeitando as medidas de biosegurança contra a covid-19: respeitando o distanciamento social, uso de máscaras cirúrgicas, uso de álcool líquido para higiene das mãos e dos instrumentos, tudo conforme exigências pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Rubrica da pesquisadora:

Rubrica do Srº ou Srª Participante:



Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, sendo estes voltados a possíveis constrangimentos mediante alguma pergunta ou interpretação errada das informações repassadas ou mesmo das perguntas realizadas, mas tentaremos ao máximo evitar que venha a lhe ocorrer qualquer violação moral. Garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema ao Sr ou Sra. Ao aceitar participar, estará contribuindo para promover discussões proveitosas quanto a melhorias das práticas de educação em saúde voltada para o público portador de hipertensão e diabetes na atenção primária em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa.

O (A) Senhor (a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

Para participar desta pesquisa você não terá nenhuma despesa e nem receberá nenhuma compensação financeira para participar. Podendo retirar seu consentimento quanto a pesquisa em qualquer momento.

O (A) Senhor (a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

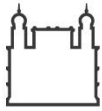
Os resultados da pesquisa serão divulgados na instituição de ensino: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: 61-33294746 – Tel, ou pelo e-mail: comiteetico@fiocruz.br, na Instituição **FIOCRUZ/BRASÍLIA** localizada Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC4 Campus Universitário Darcy Ribeiro, Bairro: Asa Norte, Brasília/DF. Ou Para a pesquisadora principal, no telefone 61-994495671 no horário de 08:00 às 18:00, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 2132 ramal 6878.

Rubrica da pesquisadora:

Rubrica do Sr ou Sra Participante:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
 Brasília



Ministério da Saúde
 Agência
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO
 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO
 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade do pesquisador Daniela Basílio Dos Santos e a outra com o Senhor(a).

 Nome / assinatura

DANIELA BASILIO DOS SANTOS
 E-mail: daniela-basilio@hotmail.com
 Tel: (61) 994495671

Brasília, de de 2021





ANEXO 2 – TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO-EFG/GEREB/FIOCRUZ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
COM ÊNFASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Eu, PATRICK DA SILVA DAMASCENO, responsável pelo (a) DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUL e ELEN CRISTINA FERNANDES REIS DE ALMEIDA, responsável pela GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, estou ciente e de acordo, bem como autorizo a execução da pesquisa intitulada: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES FRENTE A PREVENÇÃO DE LESÕES DE ÓRGÃO ALVO, coordenada pelo (a) pesquisador (a) Daniela Basílio Dos Santos.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispendo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Brasília-DF, 01 de Julho de 2021.


PATRICK DA SILVA DAMASCENO / CARGO:


ELEN CRISTINA FERNANDES REIS DE ALMEIDA / CARGO: *gerente substituta*


DANIELA BASÍLIO DOS SANTOS / COORDENADOR DE PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - FIOCRUZ/Brasília Página 1