

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vanessa do Nascimento Silveira

**RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE ADULTOS JOVENS E ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Santa Maria/RS, Brasil

2019

**Vanessa do Nascimento Silveira**

**RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE ADULTOS JOVENS E ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde; Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria/RS (UFSM), como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith  
Coorientadora: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria/RS, Brasil.

2019

Silveira, Vanessa do Nascimento  
Risco cardiovascular entre adultos jovens e acesso  
aos serviços de atenção primária à saúde. / Vanessa do  
Nascimento Silveira.- 2019.  
99 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Denise Schimith  
Coorientadora: Lais Mara Caetano da Silva  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Fatores de Risco; 2. Doenças cardiovasculares; 3.  
Acesso aos Serviços de Saúde; 4. Adulto Jovem. I.  
Schimith, Maria Denise II. da Silva, Lais Mara Caetano  
III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo  
autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca  
Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, VANESSA DO NASCIMENTO SILVEIRA, para os devidos fins e sob as  
penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de  
curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações  
necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão  
devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte  
dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro  
grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente  
declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade,  
entre outras consequências legais.

**Vanessa do Nascimento Silveira**

**RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE ADULTOS JOVENS E ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde; Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria/RS (UFSM), como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 26 de agosto de 2019.**

---

**Maria Denise Schimith, Dra (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Simone Terezinha Protti-Zanatta, Dra. (UFSCar)**

---

**Márcio Rossato Badke (UFSM)**

Santa Maria/RS, Brasil.  
2019

*Dedico este estudo ao meu amor, companheiro de jornada que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e encorajando a prosseguir. Também o dedico a minha mãe, vó, irmão e tio por me auxiliarem neste processo, que foi árduo, pois passamos por momentos difíceis no decorrer do percurso. Vocês têm minha admiração e respeito, sou muito grata a tudo que vocês fizeram por mim.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a *Deus*, por me conceder a oportunidade de viver e por sempre me proteger e abençoar ao longo de minha caminhada. Obrigada por manter-me firme em busca de meus sonhos e ideais e por me proporcionar o dom da vida.

A minha família, aos meus pais, *Paulo e Nara* e em especial ao meu irmão *Vagner*, por ser o meu herói, o qual pode salvar a minha vida quando ainda éramos crianças. A minha querida avó *Maria* e meu tio *Elton* por cuidarem de mim em todos esses anos, além de sempre estarem torcendo por mim e me amparando em todos os sentidos. Obrigada por acreditarem que eu era capaz de conquistar este sonho.

Ao meu amor *Léo Luiz*, por ter me concedido o privilégio de conviver esses oito anos de minha jornada acadêmica, agradeço por você fazer parte desta conquista e sempre me incentivar nos estudos.

Não poderia deixar de agradecer a essa família querida: *Arlindo, Elvani e Arthur* que me acolheram em Santa Maria/RS, sou imensamente grata por estarem comigo durante a construção desse estudo. Neste momento irão faltar palavras para agradecer o apoio, confiança e amor recebidos.

Meus agradecimentos especiais a minha orientadora e coorientadora, *Maria Denise e Laís Mara* pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional que obtive ao trilhar meus primeiros passos ao lado de profissionais incríveis como vocês. Obrigada por acreditarem em meu potencial e lapidá-lo de uma maneira sensível, delicada e competente. Agradeço imensamente pelas contribuições na pesquisa, e pela dedicação e comprometimento que tiveram comigo. Vocês são minha referência e me inspiram a ser uma profissional humanizada, imparcial e ética. Bem como, me fazem querer espalhar as sementinhas que plantaram em mim no decorrer deste processo de construção, aquelas, as quais preciso regar e cultivar todos os dias, a do conhecimento e a do cuidado. Para que no futuro eu possa colher os frutos e compartilhar com outras pessoas, para que novos sonhos, histórias e conquistas possam ser cultivadas e concretizadas.

Aos integrantes do *Grupo de Pesquisa PraCCes*, pelo apoio e auxílio no desenvolvimento desta pesquisa.

Gostaria de agradecer à *banca examinadora* pelo aceite e pela disponibilidade de fazer parte deste processo acadêmico, bem como, expressar a minha admiração por vocês, que são exemplos de profissionais a serem seguidos. É com imensa satisfação que compartilho desta realização com pessoas tão especiais como vocês.

A *Gabriela e Daiana*, amigas queridas por estarem presentes nos momentos difíceis e por compartilhar dos momentos de alegria desde o início desta caminhada, além de sempre me apoiarem e incentivarem a seguir em frente. Agradeço os conselhos, as palavras de apoio, as ajudas técnicas, as boas histórias vividas e o prazer de ter pessoas tão iluminadas quanto você em minha vida. Independentemente do tempo e da distância, sempre levarei vocês no meu coração.

Enfim, sou grata a todos que de alguma forma contribuíram para que este momento fosse alcançado e concretizado.

MUITO OBRIGADA DE CORAÇÃO!

## RESUMO

### **RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE ADULTOS JOVENS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

AUTORA: Vanessa do Nascimento Silveira

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

COORIENTADORA: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

Houve um aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, como neoplasias, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias e cardiovasculares. Esses dados refletem a atual situação demográfica e social do Brasil, evidenciada por meio da transição demográfica acelerada, com a consequente elevação do número de pessoas com condições crônicas. Teve-se como questão norteadora: “quais os fatores de risco cardiovascular entre adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e quais as percepções acerca das condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde dessa população no município de Santa Maria/RS?”. Este estudo tem a finalidade de analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e a percepção acerca do conceito de saúde e das condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram deste estudo adultos jovens da faixa etária de 20 a 29 anos. Os dados quantitativos, oriundos de um projeto matricial, passaram por análise estatística descritiva. A produção dos dados qualitativos ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo proposta por Bardin. Os critérios de inclusão foram: usuários de ambos os sexos da Atenção Primária à Saúde na zona urbana do município, na faixa etária entre 20 a 29 anos de idade, que tivessem participado da pesquisa vinculada ao projeto matricial. A pesquisa respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/12. Os adultos jovens apresentaram como fatores de risco cardiovascular o sedentarismo, a obesidade, uso de álcool, ser fumantes ativos e passivos, usuários de drogas (maconha e cocaína), ter realizado tratamento para depressão e se considerarem estressados. Por conseguinte, identificou-se nos dados qualitativos a percepção dos adultos jovens acerca do significado de saúde, das práticas de cuidado que permeiam a saúde e do acesso aos serviços de saúde do município. Diante do exposto, o presente estudo teve o intuito de contribuir para a qualificação da assistência à saúde prestada aos adultos jovens atendidos na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria/RS, bem como permitir que possam ser traçadas metas para prevenção de doenças e promoção de saúde a partir dos resultados deste estudo.

**Descritores:** Fatores de Risco; Doenças cardiovasculares; Acesso aos Serviços de Saúde; Adulto Jovem.

## ABSTRACT

### CARDIOVASCULAR RISK BETWEEN YOUNG ADULTS AND ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

AUTHOR: Vanessa do Nascimento Silveira  
ADVISOR: Profa. Dra. Maria Denise Schimith  
COADVISOR: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

There was an increase in the incidence and prevalence of chronic non-communicable diseases, such as neoplasms, diabetes, high blood pressure, respiratory and cardiovascular diseases. These data reflect the current demographic and social situation in Brazil, evidenced by the accelerated demographic transition, with the consequent increase in the number of people with chronic conditions. The guiding question was: “what are the cardiovascular risk factors among young adults aged 20 to 29 years and what are the perceptions about the conditions of access to Primary Health Care services for this population in the city of Santa Maria / RS?”. This study aims to analyze the presence of cardiovascular risk factors and the perception about the concept of health and the conditions of access to Primary Health Care services among young adults living in the city of Santa Maria / RS. It is a cross-sectional descriptive study, with a quantitative and qualitative approach. Young adults aged 20 to 29 years participated in this study. Quantitative data, from a matrix project, underwent descriptive statistical analysis. The production of qualitative data occurred through semi-structured interviews and content analysis proposed by Bardin. The inclusion criteria were: users of both genders of Primary Health Care in the urban area of the municipality, aged between 20 and 29 years old, who had participated in the research linked to the matrix project. The research respected the ethical precepts set forth in Resolution No. 466/12. Young adults presented as cardiovascular risk factors sedentary lifestyle, obesity, alcohol use, being active and passive smokers, drug users (marijuana and cocaine), having undergone treatment for depression and considering themselves stressed. Therefore, the qualitative data identified the perception of young adults about the meaning of health, the care practices that permeate health and access to health services in the municipality. In view of the above, the present study aimed to contribute to the qualification of health care provided to young adults cared for in Primary Health Care in Santa Maria / RS, as well as to allow the setting of goals for disease prevention and promotion of health from the results of this study.

**Keywords:** Risk factors; Cardiovascular Diseases; Health Services Accessibility; Young Adult.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Identificação dos estudos pelas Instituições de origem e suas respectivas regiões do país.....	19
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Prevalência dos estudos analisados.....	19
Tabela 2 - Descrição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos adultos jovens.....	34
Tabela 3 - Dados referentes a variáveis referente a deficiência de adultos jovens.....	35
Tabela 4 - Descrição de ocupação/trabalho e renda dos adultos jovens.....	36
Tabela 5 - Dados da moradia e suas condições: condição da casa em que reside.....	37
Tabela 6 - Dados da moradia e suas condições: pessoas que residem no seu domicílio .....	37
Tabela 7- Dados da moradia e suas condições: esgotamento sanitário.....	38
Tabela 8- Dados da moradia e suas condições: abastecimento de água.....	38
Tabela 9- Uso de anticoncepcional hormonal em mulheres jovens.....	40
Tabela 10- Fatores de risco associados em adultos jovens.....	41
Tabela 11- Indicadores de risco baixo/intermediário entre jovens adultos de 20 a 29 anos.....	42
Tabela 12 - Indicadores de alto risco entre jovens adultos de 20 a 29 anos.....	43
Tabela 13 - Valores das Variáveis na identificação dos pontos na Escala de Risco Framingham de jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS.....	44
Tabela 14 - Escore obtido na Escala de Risco Framingham de jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS.....	44
Tabela 15 - Risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos em jovens adultos de 20 a 29 anos.....	44

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados: valores do IMC versus Classificação.....	57
Quadro 2 – Valores de referência para medidas antropométricas.....	59

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
ERF	Escala de Risco de Framingham
FR	Fatores de Risco
FRCV	Fatores de Risco Cardiovascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HVE	Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PraCCeS	Práticas de Cuidado nos Cenários da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1 ESTUDO DAS TENDÊNCIAS ACERCA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS CARDIOVASCULARES POR MEIO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM EM ADULTOS JOVENS.....	18
3.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
3.2.1 Fatores de risco e doenças cardiovasculares em adultos jovens: um campo a ser explorado.....	21
3.2.2 Acesso aos serviços de saúde de Atenção Básica.....	23
3.2.3 O papel do enfermeiro frente à promoção e prevenção das doenças cardiovasculares em adultos jovens.....	25
<b>4. MÉTODO</b> .....	27
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	28
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
4.4 PRODUÇÃO DE DADOS.....	30
4.5 ANÁLISE, PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	33
<b>5 RESULTADOS</b> .....	34
5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE ADULTOS JOVENS.....	34
5.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	38
5.3 APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FRAMINGHAM.....	42
5.4 ABORDAGEM QUALITATIVA DO ESTUDO COM ADULTOS JOVENS.....	45
5.4.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ADULTOS JOVENS.....	45
5.4.2 PERCEPÇÃO DOS ADULTOS JOVENS ACERCA DA SAÚDE E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO QUE PERMEIAM A SAÚDE.....	47
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	52
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
<b>APÊNDICES</b> .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	83

## 1 INTRODUÇÃO

Há um evidente aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como neoplasias, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias e cardiovasculares. Esses dados refletem a atual situação demográfica e social do Brasil, evidenciada por meio da transição demográfica acelerada, com a consequente elevação do número de pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a doença crônica pode ser definida como uma condição crônica de saúde que tem curso longo ou permanente, e ainda, apresentar causas múltiplas e complexas, que abrangem desde a exposição a fatores ambientais, fisiológicos e estilo de vida à hereditariedade (MENDES, 2012). Assim, pode-se dizer que o atual cenário traz implicações diretas ao sistema de saúde pública, que precisa dar assistência e respostas coerentes às demandas apresentadas pela população.

Nessa perspectiva, as DCNT representam um grave problema de saúde pública, em especial devido ao impacto gerado na qualidade de vida dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2014). Ainda, as doenças cardiovasculares (DCV) com aproximadamente 17,5 milhões de óbitos registrados no ano de 2012, estão entre as principais causas de mortalidade no mundo (WHO, 2014). No Brasil, o percentual de óbitos notificados por ano é de 29,4% em decorrência das DCV, sendo que o país se encontra entre os 10 países do mundo com maior índice de mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a mensuração do risco cardiovascular por meio da Escala de Risco de Framingham (ERF) pode auxiliar na prevenção primária das DCV (BRASIL, 2010), além de possibilitar que o profissional inserido na APS desempenhe papel capaz de contribuir de forma efetiva, com respostas adequadas ao atual perfil epidemiológico do país, visando à redução da mortalidade por eventos cardiovasculares.

Acredita-se que os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especificamente na Atenção Básica (AB) possam contribuir para organização da RAS e fortalecimento da comunicação intersetorial, ao utilizar protocolos baseados em evidências científicas e linhas de orientação para a prática clínica, ao atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no rastreamento de fatores de risco (FR), no tratamento e acompanhamento das condições crônicas (MENDES, 2012).

De acordo com Levinson (1977) a fase que se concentra dos 17 aos 45 anos é considerada como a era da idade adulta jovem com o maior período de transições, é nesta etapa da vida que o adulto jovem enfrenta as decisões que permearão o seu processo de vida. Época

em que são feitas escolhas em relação à profissão, valores, hábitos de vida e relacionamentos, além de ser a etapa que ele enfrenta inúmeras contradições e enfrentamentos pessoais e biopsicossociais.

Nessa premissa, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a saúde é uma condição plena do bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Portanto, é de suma importância que o adulto jovem preserve sua saúde de forma a promover uma vida saudável, para alcançar a longevidade com qualidade em todos os aspectos. Dessa forma, a enfermagem e os serviços de APS são essenciais no decorrer deste processo.

Logo, o acesso aos serviços de saúde se torna relevante para contribuir com a ampliação e resolutividade da assistência à saúde, além da diminuição das iniquidades do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme ilustra o estudo realizado por Sousa (2008) que investigou 12 municípios pioneiros na implantação do antigo Programa Saúde da Família no Brasil.

Partindo do anteriormente exposto, o estudo contempla o projeto matricial do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Práticas de Cuidado a Adultos, Idosos e Famílias nos diversos cenários de Atenção à Saúde (PraCCeS), intitulado “Estratificação do Risco Cardiovascular dos Usuários Atendidos na Atenção Básica do Município de Santa Maria/RS.” Este tem como objetivo geral caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) da zona urbana do município de Santa Maria/RS.

O presente estudo tem como foco investigar uma faixa etária pouco estudada em relação aos riscos cardiovasculares: adultos jovens, com idade entre 20 e 29 anos, visto que se trata de uma população em idade economicamente ativa cujos hábitos de vida e a exposição a fatores de risco podem levar a esse tipo de evento adverso no futuro. Conforme ilustra a pesquisa de Gomes e Moreira (2013), é evidente a necessidade de pesquisas e ações de cuidado em enfermagem voltadas a essa temática.

Dessa forma, realizou-se uma busca das produções científicas defendidas e publicadas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) a fim de conhecer as publicações acerca da identificação e estratificação de risco cardiovascular nos adultos jovens, observando a realização de poucos estudos com essa população, especialmente na faixa etária de 20 a 29 anos.

Além disso, identificou-se a ausência de estudos com abordagem de métodos mistos referentes à temática pesquisada, o que caracteriza uma lacuna na construção do conhecimento e uma necessidade de maior aprofundamento das percepções e significações dessa população quanto ao risco cardiovascular e o acesso aos serviços de saúde. Logo, a justificativa deste

estudo dar-se-á frente a essa demanda de conhecimento e pela necessidade de se traçar um perfil epidemiológico dessa população no município de Santa Maria/RS.

Portanto, tem-se como objeto de estudo: fatores de risco cardiovascular entre adultos jovens e o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde e como questão norteadora: “quais os fatores de risco cardiovascular entre adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e quais as condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde dessa população no município de Santa Maria/RS”.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e a percepção acerca do conceito de saúde e das condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar o perfil sócio-demográfico de adultos jovens que acessam os serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS;

Identificar os fatores de risco cardiovascular entre adultos jovens;

Compreender as percepções de adultos jovens acerca do conceito de saúde e as condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ESTUDO DAS TENDÊNCIAS ACERCA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS CARDIOVASCULARES POR MEIO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM EM ADULTOS JOVENS

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura de caráter descritivo, desenvolvida com base nas produções científicas defendidas e publicadas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES).

De acordo com Lacerda e Costenaro (2017), a revisão narrativa possibilita o levantamento de estudos científicos disponíveis em meios eletrônicos ou impressos, como livros e revistas. Além de ser relevante para fomentar a sistematização, organização e o planejamento, a revisão fornece fundamentação teórica aos trabalhos, bem como subsidia a construção do conhecimento sobre a temática pesquisada. A busca foi realizada em junho de 2017 no Portal da CAPES. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave junto ao operador booleano: “risco cardiovascular” *and* “Framingham”. Destaca-se que não foram utilizados filtros e recorte temporal, visto que o intuito era de conhecer todas as produções existentes, independente da data de publicação.

Inicialmente, localizaram-se 155 teses e dissertações no Portal da CAPES e estabeleceram-se como critérios de inclusão: abordar a temática dos riscos cardiovasculares e a utilização da escala de risco de Framingham em adultos jovens (com a faixa etária de 20 a 29 anos), ter resumo disponível *online*, na íntegra e de forma gratuita. Como critérios de exclusão, as produções com resumo incompleto e que não atendiam à temática proposta. Após a leitura e análise quantitativa dos títulos e resumos das 155 teses e dissertações, bem como da adequação aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para compor o *corpus* final 14 produções acerca da temática pesquisada.

Para a caracterização e descrição da amostra selecionada, elaborou-se um quadro sinóptico, composto pelas seguintes variáveis: identificação; título; tipo de estudo (tese ou dissertação); área do conhecimento; ano de publicação; região e instituição de origem; cenário; população do estudo; e abordagem metodológica (qualitativa ou quantitativa), o qual se encontra no Apêndice A.

Destaca-se que a classificação quanto à abordagem metodológica aconteceu perante a leitura e análise de termos explícitos nos métodos das produções, porém para os estudos que não abordaram claramente os detalhes metodológicos, buscou-se fazer o levantamento pelos termos que pudessem identificá-lo, como por exemplo, pesquisas transversais, descritivas ou estudo de

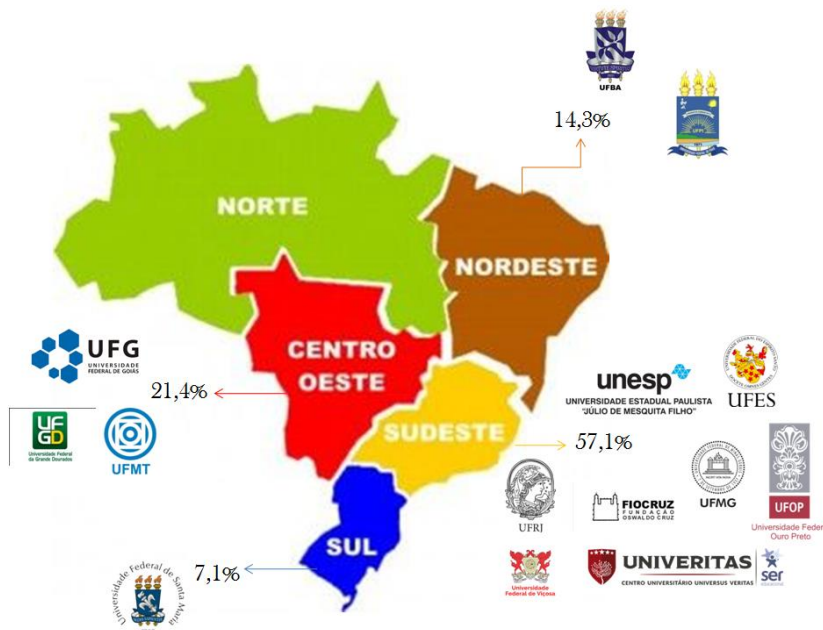
coorte que caracterizassem o método quantitativo ou qualitativo do estudo. Em relação à análise das 14 produções, 28,6% foram teses e 71,4% dissertações, ambas as pesquisas de caráter quantitativo. Dessa forma, para facilitar a compreensão e visualização do ano de publicação dos estudos, bem como, das instituições de origem dos trabalhos, criou-se uma tabela (1) e uma figura ilustrativa (1) para caracterizar esses dados.

**Tabela 1:** Prevalência dos estudos analisados. Santa Maria/RS, Brasil, 2017.

TESES	DISSERTAÇÕES
2013 (14,3%)	2012 (7,1%)
2014 (7,1%)	2013(7,1%)
2015 (7,1%)	2014 (21,4%)
	2015 (21,4%)
	2016 (14,3%)

Fonte: Autora

**Figura1:** Identificação dos estudos pelas Instituições de origem e suas respectivas regiões do país. Santa Maria/RS, Brasil, 2017.



Fonte: Autora

Das produções analisadas prevaleceu à região sudeste com 57,1% (n=8) que realizou a maioria das pesquisas (P2, P5, P6, P7, P10, P11, P12, P13). Seguido da região Centro-Oeste com 21,4%(n=3) (P1, P3, P8). Após prevaleceu a região Nordeste com 14,3%(n=2) (P9, P14) e por fim o Sul com 7,1%(n=1) (P4).

Em relação à área do conhecimento, predominou a Medicina com 42,9% dos estudos (n=6), seguido da Nutrição e Enfermagem com 21,4% das pesquisas (n=3 em cada área), Farmácia e Biologia com 7,1% (n=1) estudo para cada área do conhecimento.

No que se refere à população estudada, cinco dos estudos aplicaram a escala de risco de Framingham em trabalhadores, desses dois associaram o risco cardiovascular ao estresse no trabalho. Nesse sentido, seis estudos avaliaram o risco cardiovascular em pacientes com diagnósticos patológicos pré-estabelecidos ou com presença de algum fator de risco, como por exemplo, pacientes cardiopatas, com síndrome do ovário policístico, com sorologia para HIV positivo e pacientes que apresentavam transtornos mentais. Em contrapartida, apenas quatro estudos aplicaram a escala em indivíduos saudáveis para investigar o risco cardiovascular.

O cenário de destaque, nos estudos, foi o hospitalar com 42,9% das produções, incluindo-se nele ambulatoriais e centro de referência. Os estudos que foram realizados em locais de trabalho com 28,6% das produções e houve ainda 21,4% das produções realizadas na atenção primária, incluindo unidades de Estratégia da Saúde e da Família (ESF) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Compreende-se que os fatores de risco cardiovasculares modificáveis podem ser prevenidos por meio de ações de promoção e educação em saúde, ofertados pela equipe multiprofissional na atenção primária à saúde, especialmente pelos enfermeiros que possuem qualificação e subsídios para contribuir de forma efetiva e resolutiva, com respostas adequadas ao atual perfil epidemiológico do país.

Para tanto demonstra-se uma tendência nas produções de programas de pós-graduação especialmente em mestrados na região sudeste do país, além dos estudos concentrarem-se na área da medicina. Desse modo, expõe-se a necessidade de estudos na área de enfermagem que estratifiquem o risco cardiovascular de adultos jovens por meio da Escala de risco de Framingham, bem como, que possam conhecer as percepções e significados do risco cardiovascular como forma de promoção e prevenção de agravos e doenças nessa faixa etária, visto que é uma população economicamente ativa e pouco valorizada perante as políticas públicas.

Além disso, identificou-se que não houve índice de teses e dissertações com abordagem qualitativa ou métodos mistos referentes à temática pesquisada, o que caracteriza uma lacuna na construção do conhecimento acerca do objeto de risco cardiovascular entre adultos jovens.

### 3.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste estudo está sustentada em três eixos e foi construída com o intuito de resgatar o contexto das doenças cardiovasculares em adultos jovens, refletindo acerca das atribuições do enfermeiro nesse cenário e identificar o acesso às redes de atenção à saúde destinada a atender essa população, conforme apresentado a seguir:

#### **3.2.1 Fatores de risco e doenças cardiovasculares em adultos jovens: um campo a ser explorado**

As doenças cardiovasculares estão entre a principal causa de mortalidade do mundo, resultando em cerca de 17,5 milhões de óbitos no ano de 2012 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). No Brasil, em 2014, houve 340.284 óbitos por DCV, e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) no ano de 2016 estimou que tivessem ocorrido 349.938 óbitos decorrentes de doenças cardiovasculares. Atualmente, até o mês de outubro deste corrente ano, já foram registrados em torno de 303.051 óbitos por doenças cardiovasculares no país, o que evidencia o crescente índice de morbimortalidade por DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Pode-se elucidar que no período de 2004 a 2014, 3.493.450 óbitos (29% do total) foram em decorrência das DCV. Sendo que estas doenças causam 6,5 vezes mais mortalidade que todas as demais infecções, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em domicílios brasileiros, evidenciou-se a exposição da população a fatores de risco cardiovasculares, como: o consumo de bebida alcoólica de uma a mais vezes durante a semana, essa estimativa foi de 24% no Brasil, e variou de 18,8% na Região Norte e 28,4% na Região Sul (BRASIL, 2013). Percebe-se que na Região Sul esse número supera a média nacional, o que é um fator preocupante para a saúde pública.

Ainda a PNS investigou acerca da atividade física, e apontou que apenas 25,5 % dos adultos entre 25 a 39 anos de idade praticam exercício físico regularmente. Também mostrou a prevalência do uso do fumo, sendo este de uso diário ou esporádico, sendo que 15%, ou seja,

21,9 milhões de brasileiros foram ou são fumantes. E novamente o percentual da Região Sul (16,1%) superou as demais regiões do país (BRASIL, 2013).

Em conformidade com a PNS, a dimensão de usuários acima de 18 anos que referiram terem sido diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por um profissional médico foi de 21,4% em 2013, o que representa 31,3 milhões de pessoas no país. E em relação à diabetes o percentual no Brasil foi de 6,2% da população acima de 18 anos, o equivalente a 9,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2013).

Ainda, 12,5% (18,4 milhões) das pessoas maiores de 18 anos apresentaram colesterol elevado, 4,2 % (6,1 milhões) tiveram algum diagnóstico de doença do coração, sendo a proporção da Região Sul (5,4%) superior à média nacional. Consequente 1,5% (2,2 milhões) da população com idade igual ou superior a 18 anos relatou diagnóstico de AVC (BRASIL, 2013).

Diante deste contexto epidemiológico, percebe-se o alto índice de fatores de risco que se encontram prevalentes na sociedade, bem como a elevada prevalência de DCV na população. Com isso, identifica-se a necessidade de políticas públicas voltadas para a promoção e prevenção de agravos das DCNT, em especial as DCV.

O Ministério da Saúde (2006), já previa o aumento da prevalência das doenças cardiovasculares no país, devido à tendência de estilos de vida inadequados, como, alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo. Diante deste contexto, o MS tem adotado estratégias para minimizar o ônus das DCV no Brasil, são alguns exemplos: capacitação dos profissionais da APS, Programa de Combate ao Tabagismo (BRASIL, 2004); Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008); Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011-2022; e a investigação com ênfase na redução dos danos e da mortalidade por meio dos dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, conhecida como Vigitel (BRASIL, 2016).

De acordo com o MS (2006) têm-se como fatores de risco cardiovascular: história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) prematura (familiar 1º. grau sexo masculino 45 anos e mulher >55 anos), tabagismo, hipercolesterolemia (LDL-c elevado), HAS, DM, obesidade (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), gordura abdominal, sedentarismo, estresse psicossocial e alimentação com restrição de frutas e vegetais.

Os FRCV podem se classificar em modificáveis (obesidade central, consumo excessivo de gorduras, estresse psicossocial, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia) e não modificáveis (histórico na família de DAC prematura, HAS, DM e idade superior a 45 anos para os homens e a 55 anos para as mulheres) (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014). Frente a essas classificações, percebe-se que os profissionais da

enfermagem poderão articular ações de promoção de saúde para prevenir ou alterar os FRCV que são modificáveis, visto que, estes representam hábitos e estilos de vida inadequados.

No entanto, existem diretrizes e recomendações para a avaliação, rastreamento e diagnóstico precoce do risco cardiovascular e dos fatores de risco, como: dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo II, tabagismo, abuso de álcool e obesidade (BRASIL, 2010). Assim, cabe aos profissionais de saúde exercerem as suas competências e atribuições para mudar o panorama da saúde brasileira.

Uma estratégia para rastrear esses fatores de risco cardiovascular é por meio da Escala de Risco de Framingham, a qual foi recomendada pelo Ministério da Saúde (2010). A ERF possibilita a identificação dos FRCV e também a estratificação do risco cardiovascular em baixo, médio/intermediário ou alto risco (BRASIL, 2010). Além de possibilitar que o profissional de enfermagem tenha um panorama histórico da saúde do usuário, possibilitando a avaliação e posteriormente o acompanhamento de seu estado de saúde.

A modificação do estilo de vida de usuários com FRCV por meio de intervenções frequentes se mostrou eficaz na redução do risco cardiovascular, conforme estudo de Eriksson, Eliasson (2009), realizado na APS no norte da Suécia. Outro estudo realizado na AB no Brasil identificou por meio da ERF que dos 59,05% usuários que apresentaram baixo risco cardiovascular, possuíam a prevalência de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, sedentarismo e dislipidemias (SAMPAIO, MELO, WANDERLEY, 2010). Nessa premissa, percebe-se a necessidade da estratificação do risco cardiovascular, bem como da identificação dos FRCV para o planejamento de ações pautadas em programas, diretrizes e recomendações propostas pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de prevenir agravos à saúde e proporcionar um cuidado integral aos usuários com DCV.

### **3.2.2 Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde**

A Constituição Federal de 1988, Art. 196, diz que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, conferindo a população acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Consequente, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, esse direito passa a ser ofertado por serviços de saúde com a finalidade de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Cabe destacar que o SUS vem lapidando-se ao longo do tempo, com o surgimento de novas demandas e necessidades da comunidade.

Nessa perspectiva, o modelo de atenção primária à saúde emergiu, no Brasil, em 1994, com a criação do Programa da Saúde da Família (PSF), atual Estratégia da Saúde da Família (ESF), que visa à descentralização e organização da gestão em três esferas, nacional, estadual e municipal, proporcionando aos municípios importante papel na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), a Atenção Básica caracteriza-se pelo:

“conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.”.

Este cenário de cuidado, é composto por uma equipe multidisciplinar, dentre os profissionais, o enfermeiro possui funções singulares, por possuir perfil generalista, humanista, crítico e ético (BRASIL, 2014). E a partir da necessidade do cuidado, vale lembrar os princípios do SUS, de planejar, organizar, programar, e avaliar a assistência de enfermagem, a cada usuário individual ou coletivamente; sendo assim, é pensar a integralidade de modo a conhecer a realidade, identificando prioridades e tendo como base o perfil epidemiológico do território e a otimização dos recursos existentes no serviço, além de buscar a universalidade, como garantia de acesso aos que precisam, utilizando-se de ferramentas de trabalho como a equidade e o acolhimento (SANTOS E MIRANDA, 2009).

E conseqüentemente para que a assistência à saúde seja integral é necessário que o acesso aos serviços de saúde sigam os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, Starfield (2002) aponta que o acesso deverá permitir a utilização dos serviços de saúde com o intuito de suprir e atender as demandas do usuário de forma resolutiva. Souza et al. (2008) também aponta que o acesso abrange a dimensão do cuidado a partir da resolução das necessidades dos usuários, abarcando todos os aspectos do processo.

Nesse sentido, estudos mostram que a APS tem competência para resolver 80% das demandas de saúde de uma comunidade, conseguinte necessita aliar atividades de promoção e prevenção de saúde, bem como, articular com as demais redes de cuidado para que as demandas secundárias e terciárias também sejam supridas (STARFIELD, 2002).



### **3.2.3 O papel do enfermeiro frente à promoção e prevenção das doenças cardiovasculares em adultos jovens**

A Enfermagem é considerada uma profissão generalista, que por meio de sua assistência, oferta serviços que contribuem para a saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2010). A prática de enfermagem na comunidade concentra-se na filosofia de cuidado e no desempenho de qualquer ato de observação e aconselhamento dos indivíduos, família e coletividade. Neste contexto de atuação de enfermagem, preocupa-se com a manutenção e promoção de saúde, bem como na reabilitação e prevenção de doenças. Nesse sentido, a práxis do profissional enfermeiro está pautada na Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, aliado a Resolução COFEN nº 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Estas consideram o respeito pela dignidade humana e pela proteção aos participantes de intervenções assistenciais no que tange a garantia dos preceitos éticos e morais.

Neste contexto, pode-se dizer que a formação do enfermeiro, está embasada no Sistema de Único de Saúde (SUS) vigente e permite que este profissional desenvolva suas ações de forma integral e respaldadas em suas diretrizes. Dentre as ações inerentes ao enfermeiro na atenção primária, destaca-se a promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio de ações de educação em saúde (BRASIL, 2010). Desse modo, a enfermagem deve atuar junto aos adultos jovens a fim de promover ações que atendam às suas singularidades.

A atuação de enfermagem nas ações em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à qualidade de vida e saúde. Desse modo, emergem as ações educativas como ferramenta fundamental para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo, família e coletividade, pois promovem reflexões que conduzem a modificações nas atitudes e condutas dos usuários (BRASIL, 2002).

De acordo com Marcon (1998), para enfrentar os desafios do novo modelo de atenção à saúde, os profissionais devem ter uma diversificação de enfoques teóricos e práticos em todas as áreas de conhecimento humano, no entanto, Patricio (1990), relata que assistir é muito mais do que cuidar, bem como, a atitude do enfermeiro de reconhecer e compreender as diferenças culturais e preservar o cuidado já conhecido pelo usuário possibilita um cuidado congruente com as necessidades do indivíduo e de sua família.

Quanto às ações inerentes ao enfermeiro, pode-se destacar a realização das consultas de enfermagem e das visitas domiciliares, que são ações que permitem ao profissional enfermeiro a realização de um atendimento integral, da criação do vínculo, avaliação clínica, a escuta e além disso, a atuação eficaz por meio das ações de educação em saúde (BRASIL, 2012).

Com isso, percebe-se que o cuidado torna-se qualificado quando envolve comprometimento, promoção da autonomia e valorização além da responsabilidade, ética e moral.

Diante do exposto, sabe-se que a educação em saúde é um instrumento de intervenção fundamental da Estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde dos usuários e sua família, bem como possibilita a intervenção no cuidado e no processo saúde-doença e ainda, o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade (TAKAHASHI, OLIVEIRA, 2001).

No Brasil, a partir do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT entre 2011 e 2022, definiram-se estratégias que priorizam ações de prevenção e controle destas e de seus fatores de risco, além de objetivar desenvolver e implementar em 10 anos, políticas públicas voltadas para a fortalecimento da assistência aos portadores de doenças crônicas nos serviços de saúde (MALTA, NETO, SILVA JÚNIOR, 2011).

Nessa perspectiva, cabe ao profissional enfermeiro reconhecer as potencialidades do adulto jovem e planejar o cuidado, a partir da valorização deste como corresponsável no processo saúde-doença. Portanto, necessita-se conhecer a realidade, identificar as necessidades e assim, orientar e estabelecer estratégias que facilitem o autocuidado e empoderamento desses usuários aliada ao apoio dos profissionais e das Redes de Atenção à Saúde.

## 4. MÉTODO

Para a realização do presente estudo, o percurso metodológico contemplou os seguintes tópicos: delineamento, cenário, participantes do estudo, as estratégias utilizadas para a produção, análise, processamento e interpretação dos dados e aspectos éticos.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo vincula-se ao projeto matricial do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Práticas de Cuidado a Adultos, Idosos e Famílias nos diversos cenários de Atenção à Saúde, intitulado “Estratificação do Risco Cardiovascular dos Usuários Atendidos na Atenção Básica do Município de Santa Maria/RS.”

Salienta-se que o projeto matricial, é um estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, o qual teve como objetivo geral caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na APS da zona urbana do município de Santa Maria/RS.

O projeto contempla os seguintes objetivos específicos: descrever as características socioeconômicas e demográficas, caracterizar os hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo; avaliar a associação entre a presença de alterações em medidas antropométricas e presença de médio/alto risco de desenvolver uma doença cardiovascular e identificar os fatores associados a risco médio/alto de desenvolver uma doença cardiovascular em dez anos.

O presente estudo trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal e descritivo, com abordagem quanti e qualitativa. Os estudos epidemiológicos podem elencar os determinantes de doenças ou condições de saúde em determinadas populações (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Dessa forma, eles são imprescindíveis para saúde pública, visto que possibilitam a investigação dos fatores de riscos, doenças ou agravos à saúde dos indivíduos.

Pereira (2013) aponta que o estudo transversal fornece as variáveis identificadas em um período de tempo, podendo também referir-se a informações retrospectivas. Ainda ele traz que “as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática o que ocorre em um dado momento”. Além disso, segundo Polit e Beck (2011) os estudos transversais também possibilitam a descrição do estado ou relação entre fenômenos, o que os reveste de importância para identificar, analisar e compreender diferentes questões que permeiam a saúde da população.

No modelo descritivo, os pesquisadores descrevem com exatidão o objeto de estudo e as variáveis identificadas na coleta de dados (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Além disso,

conforme Leopardi (2002), esse tipo de estudo faz uma pesquisa dos atributos conhecidos ou componentes do fato, fenômeno ou problema da realidade estudada pela necessidade de se obter maiores informações. Ainda, segundo Gil (2010) o estudo descritivo tem como propósito descrever as características de uma determinada população.

Nessa premissa, a abordagem mista se propõe a nortear a produção e análise dos dados, bem como, agregar as abordagens qualitativas e quantitativas durante o percurso metodológico de um único estudo. A finalidade da combinação das abordagens é proporcionar um maior aprofundamento e esclarecimento do problema pesquisado, além de propiciar meios viáveis para investigação de valores, percepções e determinantes de saúde de uma população ou comunidade. (CRESWELL, CLARK, 2013).

O que vai ao encontro deste estudo, visto que durante a coleta dos dados quantitativos, os adultos jovens com presença de um ou mais fatores de risco cardiovascular, receberam a solicitação de exames com a finalidade de estratificar se o risco cardiovascular era baixo, médio/intermediário ou alto. Porém alguns deles não realizaram os exames laboratoriais. Portanto a coleta de dados qualitativa buscou responder essa limitação do estudo quantitativo.

#### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O projeto matricial contemplou as unidades de Atenção Primária à Saúde da zona urbana do município de Santa Maria/RS para coleta de dados quantitativos. Dessa forma, o presente estudo acessou novamente, apenas os adultos jovens que pertenciam ao território coberto pela Estratégia de Saúde da Família.

Santa Maria/RS pertence à Região Verdes Campos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com mais 20 municípios da região. Possui 14 Unidades de Saúde da Família (USF) e 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, a 292 km da capital, o município de Santa Maria/RS é constituído, segundo o censo do IBGE (2010) por 261.031 habitantes, e possui uma extensão territorial de 1.781,757 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da etapa quantitativa deste estudo foram os adultos jovens que contribuíram com o projeto matricial, cujos dados foram utilizados com a autorização da pesquisadora responsável (Anexo A). A definição da amostra de participantes se deu de forma

aleatória, sistemática e proporcional ao tamanho da população adstrita por região administrativa, conforme os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município.

Foi realizado um cálculo amostral com base no número de habitantes (182.360) que se encontravam na faixa etária de 20 a 79 anos (IBGE, 2010). Assim, procedeu-se o cálculo do percentual populacional por década, de acordo com a faixa etária supracitada. Após a identificação das unidades da APS, localizadas na zona urbana de Santa Maria/RS, deu-se o cálculo amostral para cada região, organizado segundo sexo e faixa etária. Assim, utilizou-se a prevalência de DCV em 50% ( $p=0,5$ ), nível de significância de 5%. Com acréscimo de 20% para possíveis perdas, obteve-se um total de 490 pessoas a serem pesquisadas.

Cabe ressaltar que, de aproximadamente 500 pessoas pesquisadas no projeto matricial, 129 foram adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, ou seja, 24,8% do total de participantes. De acordo com o último censo do IBGE (2010), a população santa-mariense nessa faixa etária foi de 47.472 adultos jovens, o que equivale a 18,19% da população total residente no município.

Destaca-se que os participantes deste estudo foram os adultos jovens do projeto matricial, porém, a captação destes promoveu-se inicialmente por meio de um sorteio, com o intuito de seguir a aleatoriedade da amostra e o percentual de adultos jovens do projeto matricial. Assim, foram sorteados 21 participantes, o equivalente a 16,8% da amostra total. Cada um recebeu um número (de 01 a 129), este sorteio foi realizado por meio de uma ferramenta online (Sorteador online) disponibilizada gratuitamente. Dessa forma, se o participante não aceitasse a participar do estudo ou não atendesse os critérios de inclusão e exclusão, seria sorteado um novo número, e assim sucessivamente até obter a amostragem final.

Assim, para acessar a amostra final, devido à dificuldade de acessar os adultos jovens, foi necessário sortear o equivalente 80% da amostra de adultos jovens, ou seja, foram sorteados 103 adultos jovens, dos quais tentou-se entrar em contato via telefônico por no mínimo três dias consecutivos, em horários diferentes e com cinco tentativas de ligação por dia para se obter as 21 entrevistas.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: usuários de ambos os sexos atendidos na APS na zona urbana do município, ter de 20 a 29 anos de idade, e terem participado da pesquisa vinculada ao projeto matricial. Foi critério de exclusão: ser gestante ou puérpera no período da coleta de dados.

#### 4.4 PRODUÇÃO DE DADOS

A etapa da produção de dados foi realizada no município de Santa Maria/RS, no período de novembro a dezembro de 2018. Sendo dividida em duas etapas. No primeiro momento, foi realizado um levantamento do número de adultos jovens, que atendessem os critérios de inclusão e exclusão para compor a etapa qualitativa do estudo.

Posteriormente, os participantes selecionados foram convidados via telefone a participarem da pesquisa. Após, foi realizado um agendamento prévio para a realização da entrevista, conforme disponibilidade de cada participante. A entrevista foi feita no domicílio do participante e em unidades de USF que este possuía cadastro, conforme sua preferência.

Ressalta-se que o deslocamento até o domicílio dos participantes foi realizado com meios próprios (motocicleta), por meio de auxílio do agente comunitário de saúde (ACS) da área adscrita pela USF, quando a área possuía ACS, visto que este profissional, além de conhecer a comunidade, possui vínculo com os usuários do serviço, o que facilitou o desenvolvimento do trabalho de campo na localidade.

No segundo momento, foram coletados os dados utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturada, o qual foi construído com base nos resultados prévios da coleta de dados de cunho quantitativo (Apêndice B). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Nesse sentido, a entrevista é um diálogo formal que tem uma intencionalidade, ou seja, um propósito definido pelos objetivos da pesquisa. É empregada tanto em estudos de delineamento quantitativo, como qualitativo, visto que consiste no processo de obtenção de informações dos pesquisados, o que pressupõe a interação entre o pesquisador e o(s) participante(s) pesquisado(s) (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Dessa forma a entrevista semi-estruturada, proporciona a realização do planejamento das questões que serão abordadas pelo pesquisador, sendo do tipo fechadas e abertas, propiciando o aprofundamento das respostas fornecidas pelo participante da pesquisa, sem perda do foco da investigação. Determina escuta atenta do pesquisador para o aprofundamento e alcance dos objetivos almejados no estudo (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Merece destaque o fato de que foi realizada duas entrevistas-piloto, com o intuito de aprimorar o roteiro construído. Conforme ilustra Turato (2013) essa estratégia proporciona a avaliação das perguntas que constituem o roteiro, pois é uma forma de observar se o participante da pesquisa entende claramente o que está sendo investigado, bem como, se o roteiro é capaz de captar os resultados esperados. Além disso, por se tratar de uma investigação qualitativa,

permite ao pesquisador/entrevistador um momento para familiarizar-se com o cenário de pesquisa, com a finalidade de adquirir mais confiança e experiência com a coleta dos dados, e principalmente, autoavaliar-se antes de iniciar a produção de dados.

Essas entrevistas foram gravadas em áudio por meio de aparelhos eletrônicos e transcritas na íntegra para posterior análise. As entrevistas tiveram média de 15 minutos de duração, tendo como mínima de doze minutos e máxima de cinquenta e oito minutos de duração. De acordo com Bonilha e Oliveira (2016), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro de questões abertas e fechadas, permitindo ao pesquisador maior abrangência do assunto e tem por objetivo facilitar a abordagem e assegurar ao pesquisador que as hipóteses sejam alcançadas.

#### 4.5 ANÁLISE, PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Cabe destacar que o banco de dados com as informações dos adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, foram coletados com o instrumento utilizado no projeto matricial (Anexo B) no período de março a setembro de 2017, os quais foram utilizados para análise estatística descritiva deste estudo, com a finalidade de apresentar os resultados, utilizando as técnicas de estatística descritiva por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%), além das medidas de tendência central (média, moda, mediana) e as de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil) conforme as variáveis dos dados.

Os dados quantitativos foram inseridos no programa *Epi Info 3.3.2 (Centers for Disease Control and Prevention)*. Com o intuito de minimizar erros e primar pela qualidade dos dados, realizou-se a dupla digitação independente no programa supracitado. Posteriormente, esses dados foram transferidos para o programa *Statistica 13.3.0*, para realizar as análises estatísticas.

Realizou-se a caracterização dos adultos jovens por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança equivalente a 95%, quanto às variáveis sócio demográficas, antropométricas, e as bioquímicas. Além da utilização do teste de significância e normalidade dos dados.

Posteriormente, a produção e transcrição dos dados qualitativos, foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) em que se propôs a análise das entrevistas considerando as falas dos participantes, no intuito de investigar as significações das percepções, hábitos, crenças e valores. Este método de análise divide-se em três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, interpretação.

A pré-análise consiste na fase de organização do material para leitura “flutuante” dos dados, com a finalidade de conhecer e estabelecer relação com o texto. A segunda fase cronológica trata-se da exploração do material de forma sistemática seja por computadores, *softwares*, ou manualmente. Destaca-se que foi utilizado o software Atlas Ti 8 para auxiliar na codificação e posterior categorização dos dados. E a terceira fase que consiste no tratamento e interpretação dos resultados obtidos, que se caracteriza pela síntese e seleção dos dados, com a intenção de interpretar e categorizar as dimensões textuais para confrontar com os objetivos e hipóteses investigadas. (BARDIN, 2016).

Nesse sentido, o estudo em questão foi além da identificação dos fatores de risco cardiovascular por meio da aplicação da ERF para a estratificação do risco, visto que, foi caracterizado e descrito o histórico de saúde dos adultos jovens, o que incluiu o perfil sócio demográfico, os aspectos antropométricos, o perfil clínico, as condições clínicas preexistentes, os fatores de risco para DCV e os fatores de risco associados.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa matricial foi autorizado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente (Universidade Federal de Santa Maria/RS) em outubro de 2016, com o número de registro do CAAE 60159416.2.00005346 (Anexo C). Cabe destacar que a Profa. Dra. Maria Denise Schimith, a qual é a pesquisadora responsável pelo projeto matricial, autorizou a utilização do banco de dados da pesquisa referida acima (AnexoA).

Destaca-se que este estudo está pautado nos preceitos éticos da Resolução 466/2012 e 510/2016, e iniciou a coleta de dados somente após a aprovação do CEP, com o número de registro do CAAE 81628317.0.0000.5346 (Anexo D) e mediante a autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS (Apêndice C) (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que o participante da pesquisa foi informado de forma clara, objetiva e acessível sobre a voluntariedade de sua participação, e que poderia se desligar da pesquisa a qualquer momento sem implicar em danos ou prejuízos. Conforme a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Nessa premissa, os participantes que participaram do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D), o qual continha informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos. Assim,



o mesmo assinou o TCLE em duas vias (uma para o participante e outra para o pesquisador), autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

O estudo poderia apresentar como riscos aos participantes, o desconforto e ansiedade durante a entrevista, no entanto, não foi observado a apresentação desses sinais durante as coletas, portanto, não houve necessidade de prestação de suporte momentâneo aos participantes pela pesquisadora. Bem como, não houve a necessidade de suspender a entrevista para assegurar respeito e segurança ao participante.

Destaca-se que os benefícios serão indiretos, por meio dos resultados da pesquisa, que tem o intuito de contribuir para repensar as ações de saúde e a acessibilidade dos adultos jovens nos serviços de AB do município de Santa Maria/RS, além de permitir que a atuação de enfermagem nos serviços de AB tenha um enfoque na prevenção ou minimização dos fatores de risco cardiovascular modificáveis.

A pesquisadora compromete-se em manter as informações deste estudo, para uso exclusivamente científico, com vistas a publicações posteriores. Consequente, os participantes foram referenciados na pesquisa com nomes fictícios, a partir da codificação das mesmas pela letra P, que representou o participante, a fim de preservar sua identidade, o que garantiu o anonimato.

As gravações digitais ficaram sob guarda e responsabilidade da orientadora Maria Denise Schimith, no prédio CCS, na sala 1305B do 3º andar, localizada na UFSM, por cinco anos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Atendendo os aspectos éticos referentes à confidencialidade dos dados, as pesquisadoras assinaram o Termo de Confidencialidade dos dados, conforme Apêndice E.

#### 4.7 Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de artigos publicados em revistas científicas, bem como, por meio de relatório e apresentação dos dados na Secretaria Municipal de Saúde do município e aos participantes da pesquisa. Com a divulgação destes resultados será possível refletir criticamente sobre a acessibilidade dos adultos jovens nos serviços de APS de Santa Maria/RS, bem como repensar as ações voltadas para a identificação e prevenção dos fatores de risco cardiovascular.

## 5 RESULTADOS

Os dados quantitativos e qualitativos do estudo serão apresentados separadamente, para melhor organização e visualização dos resultados. Por conseguinte, será apresentada uma discussão integradora destes dados.

### 5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ADULTOS JOVENS

O passo 1 (um) da pesquisa buscou levantar a caracterização demográfica e socioeconômica da população pesquisada. No que diz respeito à idade, os 129 participantes estudados situavam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, apresentando média de idade de 24,27 anos, mínima de 20 e máxima de 29 anos de idade e um desvio padrão (DP) das idades de  $\pm 2,96$ .

**Tabela 2** - Descrição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos adultos jovens, Santa Maria/RS, 2018.

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	66	51,16
Masculino	63	48,84
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Etnia</b>		
Branca	72	55,81
Negra	23	17,83
Parda	33	25,58
Amarela	01	0,77
Indígena	00	0,00
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Religião</b>		
Ateu	22	17,05
Católica	42	32,56
Evangélica	32	24,81
Espírita	05	3,87
Outra <sup>1</sup>	28	21,73
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	84	65,12
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	01	0,77
União estável há mais de 6 meses	27	20,93
Casado(a) legalmente	16	12,40
Outro (namorando)	01	0,77
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Autora.

<sup>1</sup>Dentre as pessoas que referiram ter outra religião diferente das opções apresentadas, as mais citadas foram: umbanda, luterana, testemunha de Jeová.

**Tabela 3** – Variáveis referentes a deficiência de adultos jovens, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Deficiência Física</b>		
Não	122	94,57
Sim	07	5,43
<b>Deficiência Visual</b>		
Não	124	96,12
Sim	05	5,87
<b>Deficiência Motora</b>		
Não	128	99,22
Sim	01	0,77
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Autora.

Outros aspectos levantados na caracterização demográfica e socioeconômica do público alvo da pesquisa foram dados sobre a ocupação/trabalho, a renda familiar tendo como base o salário mínimo nacional de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), vigente na data das coletas, referente ao ano de 2017, pelo Projeto de Lei Orçamentária Anual.

**Tabela 4** – Descrição de ocupação/trabalho e renda dos adultos jovens, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Ocupação/trabalho</b>		
Estudante	26	20,24
Do lar	15	11,62
Comércio	16	12,39
Desempregado(a)	16	12,39
Autônomo(a)	06	4,63
Militar	03	2,32
Cuidador(a)	03	2,32
Auxiliar de cozinha	02	1,56
Outros <sup>2</sup>	42	32,53
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Renda</b>		
Inferior 1 salário Mínimo	04	3,10
1 Salário Mínimo	08	6,20
R\$ 1.000,00 a 2.000,00	44	34,19
R\$ 2.200,00 a 3.000,00	35	26,98
R\$ 3.300,00 a 4.000,00	15	11,62
R\$ 4.600,00 a 5.000,00	09	6,99
R\$ 5.500,00 a 6.000,00	09	6,99
R\$ 6.400,00 a 7.000,00	02	1,56
R\$ 7.400,00 a 8.000,00	02	1,56
R\$ 10.000,00	01	0,77
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Autora.

<sup>2</sup>42 participantes citaram outras ocupações e trabalhos/profissões diversas.

Quanto à escolaridade dos entrevistados em anos completos estudados, a média foi de 12,13 anos, o mínimo de 5 anos e a máxima de 23 anos de estudo e desvio padrão (DP) de  $\pm$  2,9 anos. Sobre a reprovação na escola, em anos, a média foi de 1,10 anos, mínimo de nenhuma reprovação e máxima de 6 anos de reprovação e DP de  $\pm$  de 1,2 reprovações escolares.

Dados da moradia também foram levantados na pesquisa em aspectos como: condição da casa (Tabela 5), número de pessoas residentes no domicílio (Tabela 6), material de construção utilizado, presença ou não de redes de esgoto e água (Tabela 7 e 8).

**Tabela 5** – Dados da moradia e suas condições: condição da casa em que reside, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Condição da casa</b>		
<b>Própria</b>	95	73,64
<b>Cedida</b>	09	6,98
<b>Alugada</b>	24	18,60
<b>Outra/Invasão</b>	01	0,77
<b>Total</b>	129	100

**Fonte:** Autora.

Sobre o material com que a casa de moradia foi construída, a maioria dos jovens pesquisados, 104 apontou ser de alvenaria (80,62%), 17 moram em casas de madeira (13,18%) e 8 em casas mistas (6,20%).

**Tabela 6** – Dados da moradia e suas condições: pessoas que residem no seu domicílio, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Pessoas que residem no seu domicílio</b>		
<b>01</b>	04	3,10
<b>02</b>	22	17,05
<b>03</b>	45	34,88
<b>04</b>	21	16,28
<b>05</b>	21	16,28
<b>06</b>	05	3,87
<b>07</b>	07	5,43
<b>08</b>	03	2,32
<b>09</b>	00	0,00
<b>10</b>	01	0,77
<b>Total</b>	129	100

**Fonte:** Autora.

**Tabela 7** – Dados da moradia e suas condições: saneamento sanitário, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Rede coletora</b>		
<b>Sim</b>	101	78,29
<b>Não</b>	28	21,70
<b>Total</b>	129	100
<b>Fossa séptica</b>		
<b>Sim</b>	29	22,48
<b>Não</b>	100	77,52
<b>Total</b>	129	100
<b>Buraco/rio/poço/vala</b>		
<b>Sim</b>	05	3,87
<b>Não</b>	124	96,12
<b>Total</b>	129	100

Fonte: Autora.

**Tabela 8** – Dados da moradia e suas condições: abastecimento de água, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Com canalização</b>		
<b>Sim</b>	125	96,90
<b>Não</b>	04	3,10
<b>Total</b>	129	100
<b>Sem canalização</b>		
<b>Sim</b>	01	0,77
<b>Não</b>	128	99,22
<b>Total</b>	129	100
<b>Poço/pipa</b>		
<b>Sim</b>	04	3,10
<b>Não</b>	125	96,90
<b>Total</b>	129	100

Fonte: Autora.

Os primeiros resultados apresentados trazem aspectos importantes do recorte socioeconômico e demográfico do público pesquisado, sendo que a partir desse momento passa-se a apresentar os dados do segundo passo da pesquisa, que se referem aos fatores de risco associados à doença cardiovascular.

## 5.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DOENÇA CARDIOVASCULAR

Para a base de avaliação de risco associado à doença cardiovascular foram levantados dados antropométricos dos entrevistados como: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC),

pressão arterial (mmhg), circunferência da cintura, circunferência do quadril, circunferência abdominal, relação cintura quadril (RCQ). Os participantes do sexo feminino foram questionados sobre uso de anticoncepcional (tipo, frequência, etc.). Outros aspectos levantando se referem a fatores de risco associados ao uso de álcool, cigarro, drogas, depressão, estresse e a prática de exercícios físicos.

Os dados antropométricos do público alvo de jovens entre 20 e 29 anos mostrou que no peso medido em quilogramas (kg) a média foi de 73,33kg, a mínima de 42,70kg, a máxima de 129kg e o DP de  $\pm 17,24$ kg. A altura medida em centímetros (cm) apontou uma média de 1,68cm, a mínima de 1,43cm, a máxima de 1,96cm e DP de  $\pm 1,02$ cm. O índice de massa corporal (IMC), calculado dividindo o peso pela altura elevada ao quadrado teve como média 26,08, mínimo de 16,56, máximo de 43,02 e DP de  $\pm 5,85$ . A pressão arterial (PA) foi medida em milímetros de mercúrio (mmHg), sendo valores de pressão sistólica (PAS) com média em 116mmhg, mínima de 90mmhg, máxima de 190mmhg e DP de  $\pm 15,9$ . A pressão diastólica (PAD) teve de média 77mmhg, mínima de 60mmhg, máxima de 120mmhg e DP de  $\pm 11,38$ .

A circunferência da cintura foi medida em centímetros (cm), com média de 84,24cm, mínima de 63cm, máxima de 121cm e DP de  $\pm 11,62$ cm. A circunferência do quadril teve como média 102,56cm, a mínima 81cm, a máxima 135cm e DP de  $\pm 11,41$ cm. A circunferência abdominal teve de média 89,5cm, a mínima 65cm, máxima de 135cm e DP de  $\pm 14,5$ cm. A relação da cintura quadril (RCQ) teve como média 0,82cm, mínima de 0,64cm, máxima de 1,01cm e DP de  $\pm 0,06$ cm.

Os entrevistados do sexo feminino (50,38% - 65 mulheres) responderam aos questionamentos sobre o uso do anticoncepcional, conforme mostra na tabela 9.

**Tabela 9**– Uso de anticoncepcional hormonal em mulheres jovens, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Uso de anticoncepcional hormonal</b>		
<b>Sim</b>	41	33,33
<b>Não</b>	23	17,83
<b>Total</b>	64	51,16
<b>Se sim, qual o tipo?</b>		
<b>Oral</b>	30	23,25
<b>Injetável</b>	12	10,00
<b>Total</b>	42	33,25
<b>Se oral, qual?</b>		
<b>Contínuo</b>	09	6,98
<b>Pausa</b>	21	16,28
<b>Total</b>	28	23,25
<b>Se injetável, qual?</b>		
<b>Mensal</b>	01	0,77
<b>Trimestral</b>	11	8,52
<b>Total</b>	12	10,07
<b>Tempo de uso do anticoncepcional (meses)</b>		
<b>4 a 12 meses</b>	04	3,10
<b>17 a 24 meses</b>	04	3,10
<b>36 a 48 meses</b>	07	5,45
<b>60 a 72 meses</b>	07	5,45
<b>84 a 96 meses</b>	07	5,45
<b>Mais de 100 meses</b>	12	0,77
<b>Total</b>	41	31,79

**Fonte:** Autora.

Entre as entrevistadas que utilizam método anticoncepcional, uma (01) usa o dispositivo intrauterino (DIU), um percentual do total de entrevistados de 0,77. O DIU utilizado é o de cobre (não hormonal) que é oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS. E o tempo de troca do dispositivo citado foi de 10 anos.

Os dados apresentados a seguir se referem a outros fatores associados aos dados antropométricos de risco para doença cardiovascular (Tabela 10).



**Tabela 10** – Fatores de risco associados em adultos jovens, Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Uso de álcool</b>		
Não usa	52	40,31
Usa menos de 30g por dia	66	51,16
Usa mais de 30g por dia	11	8,53
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Faz uso do cigarro</b>		
Sim	24	18,60
Não	105	81,40
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Fumante passivo</b>		
Sim	65	50,39
Não	64	49,61
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Você usa outras drogas</b>		
Sim	12	9,30
Não	117	90,70
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Drogas usadas</b>		
Maconha	10	7,75
Cocaína	03	2,32
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>10,7</b>
<b>Tratamento para depressão</b>		
Sim	25	19,38
Não	104	80,62
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Tratamento/depressão</b>		
Não fizeram tratamento	104	80,62
Menos de 1 mês	01	0,77
1 mês	03	2,32
2 a 5 meses	04	3,09
6 a 12 meses	05	3,87
24 a 36 meses	08	6,20
48 a 60 meses	03	2,32
Mais de 100 meses	01	0,77
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Estresse</b>		
Sim	77	59,69
Não	52	40,31
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Pratica atividade física</b>		
Não	71	50,04
Sim – Menos de 30min/5 vezes por semana	34	26,36
	24	18,60

**Sim – Mais de 30min/5  
vezes por semana**

<b>Total</b>	129	100
--------------	-----	-----

Fonte: Autora.

Apresentados os dados levantados sobre fatores de risco associados a doença cardiovascular a partir desse momento, passa-se a apresentar os dados do passo 3, que se referem a aplicação da Escala de Risco de Framingham.

### 5.3 APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FRAMINGHAM

A Escala de Risco de Framingham se apresenta como uma estratégia para rastrear esses fatores de risco cardiovascular, é recomendada pelo Ministério da Saúde (2010), pois possibilita a identificação dos FRCV e a estratificação do risco cardiovascular em baixo, médio/intermediário ou alto risco. O escore de Risco de Framingham é um método que avalia o risco de doença cardiovascular de acordo com a presença ou não de certos fatores de risco.

Apresenta-se na Tabela 09 a identificação dos fatores de risco a partir da aplicação da Escala de Risco de Framingham, destaca-se que o primeiro indicador de risco baixo/intermediário, corresponde a idade > 65 anos, convém mencionar que não foi citado, pois não se observou na população da pesquisa, visto que, os 129 entrevistados foram adultos jovens entre 20 e 29 anos.

**Tabela 11** – Indicadores de risco baixo/intermediário entre jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS, 2018.

Variável	Frequênci a (n)	Percentual (%)
<b>Sexo Masculino</b>	66	51,16
<b>Tabagismo</b>	22	17,05
<b>Hipertensão/pré-eclâmpsia</b>	09	6,98
<b>Obesidade</b>	34	26,36
<b>Sedentarismo</b>	67	51,94
<b>Histórico de AVC</b>	23	17,83
<b>Histórico de doença renal</b>	12	9,30
<b>Manifestação Aterosclerose</b>	00	0,00
<b>Dislipidemia</b>	05	3,87
<b>Ovário policístico</b>	06	4,65

Fonte: Autora.

Ainda na etapa 1 (um) da aplicação da escala de risco de Framingham tem-se os indicadores de alto risco, conforme ilustra a Tabela 10.

**Tabela 12** – Indicadores de alto risco entre jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Acidente Vascular Encefálico</b>	-	-
<b>Infarto Agudo do Miocárdio</b>	-	-
<b>Lesão de Órgão-Alvo</b>	-	-
<b>Ataque Isquêmico Transitório</b>	-	-
<b>Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo</b>	02	1,55
<b>Nefropatia</b>	-	-
<b>Retinopatia</b>	01	0,77
<b>Insuficiência Cardíaca Congestiva</b>	-	-
<b>Aneurisma da aorta abdominal</b>	-	-
<b>Estenose da Carótida Sintomática</b>	-	-
<b>Diabete Mellitus</b>	03	2,32
<b>Doença Vascular Periférica</b>	01	0,77
<b>Angina no peito</b>	-	-
<b>Doença Renal Crônica</b>	-	-

Fonte: Autora.

Identificados os fatores de risco de baixo/intermediário (Tabela 11) e os fatores de risco alto (Tabela 12) do público investigado e feito a tabulação dos dados, foi levantada a necessidade de passar para a próxima etapa, sendo que dos 129 jovens adultos, 60,47% passam para a próxima etapa, perfazendo 78 jovens adultos e 5,43% (7 - adultos jovens) não passam para a próxima etapa, pois não houve a necessidade de calcular score, sendo que a pontuação do indicador de alto risco já o classifica com alto risco para desenvolver uma doença cardiovascular em 10 anos.

A partir da identificação dos fatores de risco, passa-se para a etapa 2 que é a identificação dos pontos na Escala, por meio dos resultados dos exames laboratoriais solicitados. Destaca-se que somente 14 adultos jovens realizaram os exames laboratoriais. Utilizando-se a pontuação apresentada no Escore de Framingham é possível identificar em cada participante ou em cada indivíduo, o risco relativo e absoluto cardiovascular.

A partir desse momento é apresentada a identificação dos pontos na escala de risco de Framingham dos jovens adultos de Santa Maria/RS que participaram da pesquisa (tabela13).

**Tabela 13** – Valores das variáveis de identificação da Escala de Risco Framingham de jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS, 2018.

Variáveis	Média	Mínima	Máxima
<b>Idade</b>	24,90	20	29
<b>Colesterol</b>	115	176,67	266
<b>HDL</b>	34	54,06	63
<b>LDL</b>	92,43	44	178,4
<b>Glicemia</b>	104,50	73	127
<b>Triglicerídeos</b>	111,22	50	182
<b>PAS</b>	100	124,44	140
<b>PAD</b>	83,89	60	100

Fonte: Autora.

Realizada a identificação dos pontos na escala de risco Framingham dos dados coletados do público-alvo da pesquisa, passou-se para a etapa 3, de diagnóstico de risco cardiovascular através dos pontos obtidos, sendo que o escore da escala considera: **risco baixo** pontuação <10%, **risco intermediário** pontuação de 10 a 20% e **risco alto** pontuação > 20%. Abaixo são apresentados os escores do público-alvo (tabela 14).

**Tabela 14** – Escore obtido na Escala de Risco Framingham de jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS, 2018.

Escore	Frequência	Percentual (%)
<b>-1</b>	07	5,42
<b>0</b>	114	88,37
<b>1</b>	07	5,42
<b>10</b>	01	0,77

Fonte: Autora.

A partir do escore obtido na pontuação realizada na Escala de Risco Framingham foram construídos os dados de risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos do público-alvo apresentado nas tabelas 15.

**Tabela 15** – Risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos em jovens adultos de 20 a 29 anos de Santa Maria/RS, 2018.

Risco	Frequência	Percentual (%)
<b>Nenhum</b>	112	86,82
<b>Baixo</b>	17	13,18

Fonte: Autora.

## 5.4 ABORDAGEM QUALITATIVA DO ESTUDO COM ADULTOS JOVENS

Entre os 21 entrevistados, 71,43% (15) eram mulheres e 28,57% (06) homens, adultos jovens entre 20 a 29 anos. A partir da análise dos dados oriundos das transcrições destas entrevistas, foi possível conhecer a percepção dos adultos jovens acerca das condições de acesso aos serviços de saúde. Com base no processo de análise de conteúdo de Bardin, emergiram as seguintes categorias: Percepção dos adultos jovens acerca da saúde e das práticas de cuidado que permeiam a saúde e Acesso aos serviços de saúde na perspectiva dos adultos jovens, as quais serão descritas a seguir:

### 5.4.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ADULTOS JOVENS

O acesso aos serviços de saúde de Santa Maria/RS, em específico ao atendimento na Rede Básica, 38,09% (8) dos adultos jovens relataram que procuram a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, e 61,90% (13) adultos jovens procuram a Unidade de Pronto Atendimento Municipais (UPA ou PA do Patronato), visto que, os horários de atendimento (24 horas) favorece o acesso dos mesmos, especialmente em função da jornada de trabalho ou estudo e ainda alguns adultos jovens buscam assistência particular.

*Geralmente é na Boca do Monte, no posto lá, mas hoje eu acabei marcando para vir aqui [UBS Itararé], neste caso, hoje como só tem terça-feira o dentista lá, que no meu caso é dentista hoje, eu tenho muita aula na terça-feira, tenho vários períodos desde o início da manhã, aí fica complicado de eu ir lá, porque eu perco a aula, mas geralmente é lá. (P2).*

*Quando é tipo assim, muito urgente eu vou ali no UPA ou se não eu venho aqui [USF], mas como às vezes é algo específico, alguma especialidade, eu marco particular daí, às vezes tem que pagar porque demora muito se eu for pedir requisição para alguma especialidade, sem ser clínico. (P3)*

*Só vou no posto se tiver morrendo, minha esposa briga comigo, mas só vou se tiver morrendo assim. Não vou, nem se tiver com muita febre eu vou para o posto, se não, não. Vou no UPA, a última vez que eu fui, eu cai da janela e tive que ir lá, mas não foi nada de mais, assim. Mas problema assim, de dor, dor de cabeça, nunca tive nada. É difícil ter alguma coisa. A última coisa foi apendicectomia aquela que eu fiz, e eu tomava muito café e me dava enxaqueca, mas aí descobri no UPA, que me falaram, mas eu tomava muito café mesmo, e aí parei de tomar café. (P5)*

*O SUS, uma UBS, uma ESF, ou se for um caso mais grave na UPA. (P6)*

*Eu sou mais de ir no UPA, que é do outro lado da cidade, o PA é complicado porque é muita gente e no UPA lá à partir da meia-noite até às 06h da manhã é pouco o movimento. (P7)*

*Como no posto é difícil assim, porque tem que madrugar e se eu sinto uma dor eu vou no PA ou no UPA, mas se for uma coisa assim que não tem o que fazer lá, aí tem que procurar no posto aqui. (P18)*

Nessa premissa, também foi questionado aos adultos jovens como é o acesso aos serviços de saúde de Santa Maria/RS:

*É bom. Assim, eu não tenho muita queixa, às vezes demora, mas assim, como eu te disse, eu só vou quando eu estou muito mal mesmo. Nesse último dia que eu fui, como é traumatologia foi muito rápido, não tinha ninguém lá, mas a outra vez que eu fui por causa da enxaqueca demorou acho que umas 2h, mas está bom assim, não tenho queixa do SUS, assim. (P5)*

*É perfeito, é muito bom, é bem rápido, as pessoas são bem compreensivas. (P10)*

*Ah aqui é bem precário, só se escapa, eu acho que o UPA, no dia 10 de julho eu tive uma pontada [pneumonia], eu fui lá, fiz tudo os raio-X, fui bem atendido, passou cinco dias aí voltei a trabalhar, aí eu achei ruim a parte do atestado. O atestado eles me deram dois dias, voltei a trabalhar de novo, no caso eu fiquei ruim na quinta, eles me deram atestado para sexta e sábado, aí na quinta eu não tinha ido, domingo eu fiquei em casa e segunda eu voltei a trabalhar. Na quinta-feira de novo eu tive outra pontada e assim foi, eu sei que no mês eu tive três pontadas em menos de 15 dias. Ai eu disse, a única coisa ruim é que eles não dão muita importância, porque as vezes é uma coisa que o pode trabalhar no tempo ou na chuva ficar exposto e aí às vezes não tem muita consideração. (P13)*

*O ruim é de tirar ficha, tem que madrugar para conseguir uma ficha. (P21)*

Percebe-se que existem percepções diferentes em relação ao acesso e atendimento nos serviços de saúde do município de Santa Maria/RS. Pode-se inferir que a pouca experiência por buscar acesso, não permite que os jovens tenham uma avaliação consistente sobre essa temática.

Consequente, questionou-se também sobre a atuação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde da rede de atenção em Santa Maria/RS, destaca-se que apenas 14,28% (3) dos adultos jovens referenciaram o profissional enfermeiro no serviço. O baixo número de adultos jovens que identificam o enfermeiro na AB nos leva a refletir sobre a atuação deste profissional, visto que é atribuição do enfermeiro trabalhar questões voltadas a educação em saúde, bem como, acompanhar a situação de saúde do território adscrito. Notou-se, que o atendimento ainda é muito voltado ao profissional médico e que este é citado pelos adultos jovens, conforme os fragmentos de discurso a seguir.

*Eu gosto da maioria, tirando algumas partes dos médicos que não, eles não realizam o diagnóstico errado, porque eles se formaram, tiveram toda adaptação para estar ali, só que falta aquele contato, só isso, mas os enfermeiros, pessoal para guiar, onde tu tens que ir, ou tirar dúvidas, eu acho bem bacana, por causa que às vezes eu já tirei dúvidas de alguns exames meus com as enfermeiras e não com médico, por causa que eu não tinha tempo de ir na médica, e aí eu achei que não ia dar para ver, porque na minha cidade tem uma enfermeira que ela antes de passar na médica ela olha os exames que aí ela classifica por ordem de maior importância, e aí eu não sabia se*

*isso teria aqui também. Mas também tem, não é que tem uma enfermeira especializada para aquilo, mas tem uma pessoa ali que pode tirar tuas dúvidas. (P1)*

*Muito bom, muito bom. Essas doutoras aqui, e a enfermeira, as gurias são muito queridas. (P4)*

*Olha acho que depende muito, eu já vi médicos, enfermeiros, dentistas assim, uns muito bons e alguns que parece que não estão nem aí. Então acho que depende mais de pessoa para pessoa, não sei se tem como eu falar assim especificamente, mas acho que vai muito de pessoa para pessoa. A maioria que me atendeu, pelo menos até hoje foi muito bom. (P12)*

Portanto, observou-se que mesmo com baixa experiência e pouca utilização dos adultos jovens em buscar acesso na rede de atenção primária à saúde de Santa Maria/RS, eles inferem uma boa avaliação do acesso aos serviços de saúde, embora priorizem as unidades de pronto atendimento (UPA e PA) pela resolutividade rápida das demandas. Bem como, pode-se relacionar a esses fatores o não reconhecimento e identificação da atuação do profissional enfermeiro nesses serviços.

#### 5.4.2 PERCEPÇÃO DOS ADULTOS JOVENS ACERCA DO SIGNIFICADO DE SAÚDE E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO QUE PERMEIAM A SAÚDE.

O estudo apontou que a maioria dos adultos jovens têm uma percepção superficial do que significa saúde, bem como, identificou-se a percepção da ausência de doenças como indicativo de saúde, representado nos seguintes fragmentos de depoimentos.

*Ai não sei, ser saudável, poder fazer as coisas, para mim eu acho que é isso. (P3)*

*Saúde, como vamos supor, é todos dias ter uma vontade de sair trabalhar, sem nenhuma dor, sem nada, estar tranquilo, não precisar estar correndo atrás de médico. (P7)*

*Olha para mim é uma coisa boa, porque ter saúde boa assim, que hoje está difícil. (P17)*

*É bom, sempre que me dá uma dorzinha eu já vou no médico ver o que que é, estou sempre procurando saber o que é, me cuido. (P18)*

*Olha, eu muito pouco venho no posto... eu creio que seja... ah, não ficar doente, claro. Mas... eu não sei, eu nunca tive problema de saúde assim... a única coisa que eu fiz foi apêndice [apendicectomia]. Não sei explicar bem, mas não precisando ir no posto nenhuma vez por ano, acho que já está bom. Já é ter saúde. (P20)*

Consequente, apenas 33,33% (7) entrevistados, trouxeram uma perspectiva mais aproximada do conceito de saúde.

*Representa tudo. Representa bem-estar, representa tu caminhar com tranquilidade sem aquela sensação de estar cansada. (P1)*

*Ter saúde, deixa eu pensar, viver bem, acordar bem, viver sem ter que tomar uma penca de remédio, se alimentar de forma saudável, não ter que depender de remédio ou de máquinas para sobreviver, tem gente que depende de muito remédio para sobreviver. (P2)*

*Acho que basicamente se sentir bem, se sentir satisfeito consigo mesmo, ter uma alimentação saudável também, muita gente não leva isso em conta também, come qualquer coisa e não está nem aí. Então eu acho que tem que se cuidar tanto a alimentação quanto a praticar exercício ajuda também, mas eu acho que basicamente é se sentir bem consigo mesmo e com o corpo. (P6)*

*É ter uma vida ativa, não ser sedentário, praticar exercício, comer direito. (P10)*

*Ter saúde eu acho que é ter um bom equilíbrio tanto fisicamente, como psicologicamente, quanto espiritualmente, acho que é o equilíbrio dos três. Acho que isso é saúde, muitas pessoas consideram somente o aspecto físico, mas acho que hoje em dia até na área de saúde isso está se modificando um pouco. (P11)*

*É ter uma vida ativa né, não ser sedentário, praticar exercício, comer direito, a gente fala assim, mas a gente não pratica, né. (P13)*

*Eu acredito que é levar um estilo de vida mais correto, ficar se identificando quando a gente tem algum problema, procurar uma unidade básica, uma coisa assim. (P15)*

Destaca-se que esses entrevistados possuem formação técnica ou acadêmica de nível superior completa ou incompleta, o que leva a reflexão, do quão importante é o grau de instrução da sociedade e como este influencia na forma de agir e pensar. Neste sentido, buscou-se aprofundar o questionamento aos adultos jovens, de forma a identificar como eles faziam para manter a saúde.

*Eu controlo a minha alimentação, eu não costumo comer muito e não costumo comer muito tarde da noite, porque eu não consigo, digamos, ali pelas 6-7 horas da noite eu não como mais nada por causa que o teu organismo não consegue, dependendo do que tu comeres, digerir facilmente e acaba acumulando e aquilo acaba gerando gordura. A questão de água, eu não tomo tanta água, não posso falar, é mais a questão disso, de caminhada, controlar a alimentação, não digo que eu tenho uma alimentação saudável, eu como bastante verdura, mas é uma alimentação controlada, que saber a hora certa de comer, o que você deve comer, tal dia isso, tal dia aquilo, mas eu acho que mais exercício físico mesmo. (P1)*

*Olha eu não vou te dizer que a minha saúde é das melhores, faço exercício todo dia, mas eu tento ser o mais saudável possível, tomar bastante água, fazer exercício umas 2 ou 3 vezes por semana. (P3)*

*Uma alimentação balanceada, fazer bastante exercícios físicos, e caminhar, dormi bem também. (P4)*

*Eu não fumo, e bebo quase nada. Eu gosto de caminhar, eu trabalho, não tenho nenhum vício, drogas, nada assim. Eu acho que já é um bom caminho, né? (P5)*



*Eu faço...algumas vezes por ano eu vou em médico, a gente tem convênio. Então eu vou no endócrino, oftalmo, gineco. Então eu sempre costumo no mínimo uma vez por ano ir nos médicos. Eu tenho problema na tireoide. Então eu tenho que estar sempre na endócrino controlando, eu faço academia três vezes por semana e eu costumo ter uma alimentação meio balanceada, as vezes eu como, a gente sabe que final de semana a gente se atraca a comer, mas durante a semana eu costumo controlar bastante a alimentação. (P6)*

No entanto, percebe-se também, que por mais que os adultos jovens saibam da importância de manter hábitos de vida saudáveis para manutenção da saúde, alguns não os colocam em prática.

*Eu jogo futebol, as vezes eu corro, não sou muito de ficar sedentário, mas só na parte da alimentação que eu como muita porcaria. Ah, eu sou muito de comer muito doce, bolachinha, chocolate, sorvete, eu como muita porcaria fora de hora, eu janto, almoço e venho [trabalhar] fora de hora como muita besteira, tanto que eu faço exame de sangue todo ano quase para ver se não tem nada alto. Isso aí eu não cuido muito. (P8)*

*É ter uma vida ativa, não ser sedentário, praticar exercício, comer direito, a gente fala assim, mas a gente não pratica. (P10)*

*Eu questão de exercício físico ou alimentação eu sou zero. Mas eu tento me identificar e procurar a unidade básica quando eu preciso. (P15)*

*Mais saúde mental, que eu costumo ir no psiquiatra, a saúde física eu não faço exercício, eu não faço nada assim. Mas eu costumo de mês em mês ir no médico, para ver se está tudo bem, fazer exames para ver se está tudo bem. (P16)*

*Aí agora estou me alimentado melhor, não faço exercício, mas deveria fazer. Mas o que eu posso fazer, eu faço para cuidar. (P18)*

Nessa premissa, os dados quantitativos revelaram a adesão dos adultos jovens às práticas de cuidado relacionadas a saúde, tais como rotina alimentar e prática de exercícios físicos. Relacionando aos dados quantitativos, destaca-se que apenas 44,96% (58) dos adultos jovens relataram que praticam exercícios físicos regularmente, bem como, de acordo com os dados qualitativos apenas 57,14% (12) preocupam-se em manter uma dieta saudável e equilibrada.

*Academia, faço musculação, faço aeróbica, parei com a aula de dança, antes eu fazia dança, mas agora não faço mais. Eu tento ir todos os dias, tirando domingo. E é mais isso assim.(P1)*

*A minha alimentação é assim, eu não sou de comer salada assim, mas eu como bastante fruta, arroz e feijão, não sou muito de porcaria assim, bolacha recheada, salgadinho, essas coisas eu nunca fui. Mas as vezes os lanches no final de semana, mas dia de semana minha alimentação é tranquila. Olha até vou na academia três vezes por semana, não vou dizer que vou todos os dias, a preguiça as vezes não deixa, mas umas três vezes eu tento ir. Comecei faz um mês e meio. (P3)*

*Eu faço bastante exercícios como caminhadas, eu me alimento bem, não como muitas gorduras, não como nada que tenha muitos carboidratos, também, procuro não comer muita gordura e carboidratos. (P4)*

*Eu levanto às 08h não tomo café, almoço ao meio-dia, à tarde 04h eu tenho café, um lanche da firma, aí chego em casa às 06h, ali por umas 09, 10 da noite eu janto. No almoço é mais arroz, feijão, carne, massa, alguma verdura, repolho, alface, tomate. (P7)*

*Como eu não estou trabalhando, eu durmo praticamente a manhã inteira, aí eu acordo e almoço, só que muitas vezes eu não estou com fome, mas aí como o pessoal está comendo eu almoço, aí pelas 04h eu como algum lanche, geralmente uma banana, uma bolacha, um pão sanduíche e mais pelas 08h eu como outra coisa e como eu durmo tarde eu ainda como mais de noite. Uma meia-noite, 01h eu ainda como um sucrilhos mais bem pouquinho, eu tomo bastante água, agora com a academia eu comecei, estou sempre com uma garrafinha de água. Saio e levo a garrafinha, estou sempre enchendo. (P6)*

A questão da alimentação inadequada e a prática de atividade física também foi observada nos discursos dos adultos jovens, alguns alegam que têm pouco tempo para desprender-se nestas questões.

*Eu jogo futebol um fim de semana que outro, em função do meu trabalho e a faculdade, tenho pouco tempo. (P2)*

*No momento agora como eu estou trabalhando eu não estou fazendo, mas antes eu fazia caminhada, fazia musculação na academia, mas agora em função dos meus horários de trabalho, não estou fazendo nenhuma atividade física. (P11)*

*É totalmente desordenada. Eu não como nada, espero até a hora do almoço e geralmente à tarde eu não como nada e janto. Coisas básicas, arroz, feijão, uma carne. (P15)*

*Ah eu não como muito, às vezes eu não tomo café, eu até tinha uma vitamina para tomar, porque eu estou com 40 Kg, daí as vezes eu não tomo café, às vezes eu não almoço. Como pão, leite com Nescau. No almoço arroz, não sou muito do feijão, mas lá de vez em quando eu como. Mas é assim, às vezes eu me levanto e não me dá fome, às vezes eu me levanto e não tomo café, às vezes nem almoço. Mas estou almoçando até, mas tem dias que eu não. (P17)*

Com o intuito de compreender porque 81,33% (61) dos adultos jovens não realizaram os exames laboratoriais solicitados para estratificação do risco cardiovascular durante a realização da pesquisa quantitativa, buscou-se construir um roteiro semiestruturado com perguntas que possibilitassem acessar esses usuários a fim de investigar essas indagações. Destaca-se que dos 21 entrevistados, apenas (13) realizou exames laboratoriais nos últimos 6 meses.

*Eu doei sangue, que foi agora na última campanha que teve aqui [outubro de 2018]. (P9)*

*Eu fiz para ser desligado do quartel, mas como exame de rotina mesmo. (P12)*

*Deve fazer uns 4 meses que eu fiz um exame geral. (P14)*

*Acho que foi na semana passada, até eu tenho que trazer para mostrar os resultados. Não, foi um check-up para ver como está sabe. (P17)*

Identificou-se, por meio da análise dos dados, que os adultos jovens, possuem um entendimento acerca da prevenção de doenças, bem como, de práticas de cuidado à saúde que auxiliam neste processo.

*Prevenir doenças...deixa eu pensar... prevenir doenças num certo sentido para mim, é a gente se adiantar, se alimentar bem para que no futuro a gente não tenha que passar trabalho quando estiver mais velho. Também muita gente diz que não se movimenta, não se alimenta bem, as doenças geralmente aparecem quando vai ficando mais velho, não agora. Nem que seja para ter uma vida saudável no futuro. (P2).*

*Se cuidando, evitando coisas que causam doenças, tipo, sei lá, no caso frituras, essas coisas, prevenir, fazer exames. (P3)*

*Sim, mas assim, não usando álcool e drogas, mas também outro tipo de droga, e essas coisas. (P19)*

*Para mim eu acho que a alimentação, que eu como de tudo, muita e muita salada mesmo, não usar nenhum tipo de droga, eu acho que já é um bom caminho. E exercício, o meu trabalho é braçal, então se for pensar eu gasto mais que um exercício, às vezes, o que eu gasto de caloria num dia no serviço, na semana passada perdi 2 kg no dia, mas se olhar para mim é só líquido, que se tomar 2 litros de água e volta tudo para o lugar. Mas eu acho que prevenção é não ter nenhum vício e alimentação boa, creio eu. O princípio de tudo eu acho que é isso. (P21)*

De modo geral, pode-se afirmar que os adultos jovens, em sua maioria, conceituam saúde como ausência de doenças, porém conhecem estilos de vida saudáveis, mesmo que nem sempre consigam aderir a eles.

## 6 DISCUSSÃO

Esta etapa do estudo, visa integrar e discutir os resultados obtidos nas coletas de dados quantitativos e qualitativos, advindos do desenho metodológico misto, o qual foi adotado neste estudo. Nesse sentido, buscar-se-á definir linhas de convergência ou divergência entre os resultados obtidos, os quais têm como foco identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e a percepção acerca das condições de acesso aos serviços de APS entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS.

Evidenciou-se no estudo realizado com 129 jovens adultos do município de Santa Maria/RS, Rio Grande do Sul, que a idade média dos entrevistados foi de 24 anos, com percentual de (51,17%) mulheres e (48,83%) homens, quanto a etnia, houve predomínio da etnia branca (55,82%), seguida de parda (25,58%) e negros (17,83%), conforme a Tabela 1. Comparando com os dados oficiais do município de Santa Maria/RS, observa-se que esta amostragem representa quase que fidedignamente o perfil da população santa-mariense. Dados de 2019 do Sebrae mostram que no município 47,42% da população é do sexo masculino e 52,58% é do sexo feminino (SEBRAE, 2019).

Em relação a etnia, observou-se na pesquisa que 55,82% declararam-se brancos, 17,83% negros, 25,58% pardos e 0,77% amarelos. Dados de 2014 do IBGE mostram que no Rio Grande do Sul a população autodeclara-se da seguinte maneira quanto à raça: 82,3% como brancos, 11,4% como pardos, 5,9% como pretos e 0,4% como amarelos ou indígenas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Percebe-se que há diferença entre as duas populações, indicando que negros e pardos utilizam mais a AB que brancos.

Em relação a religião, a população entrevistada respondeu da seguinte forma: 17,5% declaram-se ateus ou sem religião, 32,55% declararam-se católicos, 24,8% evangélicos, 3,87% espíritas e 21,73% declararam seguir outra religião. Dentre as pessoas que referiram ter outra religião diferente das opções apresentadas, as mais citadas foram: umbanda, luterana, Testemunha de Jeová.

Dados do IBGE de 2010 mostram que a população se declara 66,7% católica, 16,7% evangélica e 6,1 % se declaram espíritas. As outras 16,5 % representam as demais religiões e pessoas que se declararam sem religião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Na pesquisa esta proporção apresenta uma alteração bastante considerável, levando-se em conta que 17,05% dos entrevistados declaram-se ateus, o que pode ser relacionado ao comportamento social e religioso de adultos jovens.

Segundo Mariano (2013), a composição religiosa do Brasil nos últimos anos passou por grandes mudanças, evidenciando o declínio do catolicismo e um aumento no número de evangélicos e de pessoas sem religião. O crescimento da população sem religião é explicado pelo enfraquecimento das instituições religiosas, afirmando que, do ponto de vista do compromisso individual com grupos religiosos, os sem religião são mais secularizados, pois a ausência de vínculos institucionais tende a resultar na redução da influência dos valores, comportamentos e crenças de grupos religiosos nas vidas dos indivíduos.

O estado civil apresenta um resultado de 65,12% dos entrevistados declarando-se solteiro(a), 19,38% com união estável a mais de 06 meses, 12,4% casados, e 0,77% de separados/desquitados/divorciados, 2,33% dos entrevistados declaram outro estado civil. Dados da população de Santa Maria/RS do Censo Demográfico de 2010 mostram que 52,38 % da população declarou-se solteira, 34,34% de casados, 6,14% de viúvos e 7,13% de separados/desquitados/divorciados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em relação a pergunta se possui deficiência física, 94,57% dos entrevistados não possuem nenhum tipo de deficiência física, enquanto 5,43% possuem. Nos dados do Censo revelam que 20,81% dos residentes no município no ano de 2010 apresentavam pelo menos um tipo de deficiência física em nível de município de Santa Maria/RS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Essa diferença deve-se ao fato de a coleta de dados ser em UBS ou USF, o que demanda locomoção, podendo restringir o acesso de pessoas com alguma deficiência que dificulte a ir até estes espaços.

Também foram apurados dados relativos à ocupação/trabalho e a renda familiar tendo como base o salário mínimo nacional de R\$ 937,00. Em relação a ocupação dos entrevistados, 20,24% declararam-se estudantes, seguidos por quem se declarou trabalhador no comércio (12,39%), desempregado (12,39%) e do lar (11,62%). Teve ainda quem se declarou autônomo (4,63%), militar (2,32%), cuidador (2,32%) e auxiliar de cozinha (1,56%). Além disso, 32,53% dos entrevistados que declaram que trabalham, ou seja, não está desocupada.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 64,64% em 2000 para 65,04% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 12,45% em 2000 para 5,90% em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Dados do ano de 2014 mostram que na população de Santa Maria/RS, baseando-se nos índices da População Economicamente Ativa e o Número de Empregos Formais no município,

a cidade possuía uma Taxa de Desemprego de 7,4%. Esse número pode ser considerado relativamente alto, visto que a Taxa de Desemprego no Brasil, no mesmo ano, era de 6,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Entre as ocupações da população economicamente ativa, segundo dados do Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados (CAGED, 2015), 47,77% trabalham no setor de serviços, 26,72% no comércio e 10,18% na indústria de transformação. Mesmo tendo uma gama de instituições públicas, o número de trabalhadores no setor público representa apenas 7,73% da população economicamente ativa, 5,59% dos trabalhadores trabalham na construção civil, e o restante, 2,01%, trabalham em serviços industriais de utilidade pública, em atividades de agropecuária, extração vegetal, caça e pesca e extração mineral. Deve-se considerar que estes dados se baseiam somente nos empregos formais.

A definição de informal, embora não exista um consenso sobre seu significado, sugere uma diversidade considerável de trabalhadores que são privados de condições básicas ou mínimas de trabalho e de proteção social e que enfrentam desvantagens e problemas se comparados aos trabalhadores com emprego formal (LEONE, 2010). As atividades informais e os trabalhadores que auferem renda por meio delas compõe a economia informal, em que empregados e empregadores operam sem proteção e reconhecimento da legislação.

Dados do IBGE apontam que em 2016 o comércio informal movimentou R\$ 983 bilhões, o equivalente a 16,3% do PIB brasileiro (mais que o dobro da indústria automobilística nacional). O ano de 2017 fechou com 34,2 milhões de trabalhadores informais. Pela primeira vez na história os informais superaram os trabalhadores formais, que somam 33,3 milhões. No Rio Grande do Sul, o comércio informal movimenta cerca de R\$ 52 bilhões e a estimativa é de que em Santa Maria/RS esse número chegue a R\$ 1 bilhão. Isso é mais do que a Prefeitura tem à disposição no orçamento do município para realização de obras públicas e investimento em saúde e educação (SINDILOJAS – REGIÃO CENTRO/RS, 2018).

Em relação a renda, a pesquisa mostrou que 34,19% recebem renda entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00, enquanto 26,98% recebem entre R\$ 2.200,00 e R\$ 3.000,00. Estas duas faixas de renda representam juntas 61,17% da população pesquisa. As demais faixas representam 38,83% da renda dos entrevistados, sendo que deste percentual 9,34% recebem menos ou um salário mínimo, enquanto 29,49% recebem mais de R\$ 3.300,00.

A renda per capita média de Santa Maria/RS cresceu 82,43% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 617,91, em 1991, para R\$ 843,18, em 2000, e para R\$ 1.127,25, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,21%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,51%, entre 1991 e 2000, e 2,95%, entre 2000 e 2010. A proporção de

peças pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, passou de 18,03%, em 1991, para 12,20%, em 2000, e para 5,47%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita por meio do Índice de GINI, que passou de 0,54, em 1991, para 0,56, em 2000, e para 0,55, em 2010 (PNUD, 2010).

Quanto às condições de moradia dos entrevistados, 73,64% responderam que moram em casa própria, 18,6% residem em imóvel alugado, enquanto 6,99% moram em local cedido e 0,77% não especificou dados relacionados a sua moradia. Dados do município de 2017 mostram que 73% da população de Santa Maria/RS reside em imóvel próprio, e 21% residem em imóveis alugados. 5,6% residem em locais cedidos e 1,1% não especificaram a situação do imóvel em que vivem (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Segundo o IBGE (2017), uma explicação para tal situação pode ser encontrada na característica de cidade universitária que Santa Maria/RS possui. Não apenas por suas instituições de ensino superior, mas por toda sua rede de ensino qualificado, que também inclui escolas e cursos preparatórios, o município de Santa Maria/RS acaba atraindo diversos estudantes de outras localidades, que se estabelecem, na maioria das vezes, em locais alugados.

Em relação ao número de pessoas residentes no domicílio, a pesquisa mostra que em 34,88% dos domicílios vivem três pessoas, 17,05% vivem duas pessoas, 16,28% vivem entre quatro pessoas e 16,28% vivem entre cinco pessoas. 3,10% dos entrevistados vivem sozinhos, enquanto 11,64% vivem com cinco ou mais pessoas em sua residência.

Segundo dados do IBGE de 2010, a média de habitantes por domicílio no município é de 2,96 hab./domicílio. Uma explicação plausível e bastante utilizada pelo IBGE para essa realidade é a queda da taxa de fecundidade (número de filhos por mulher), que era de 1,82 no Rio Grande do Sul em 2009, além do envelhecimento da população. Fatores que tendem a deixar as famílias cada vez menores e a pirâmide etária cada vez mais estreita em sua base.

Sobre o material com que a casa de moradia foi construída, os resultados mostram que 80,6% das casas são de alvenaria, 13,16% moram em casas de madeira e 6,24% em casas mistas. Quando considera-se as condições sanitárias dos domicílios, em relação ao esgoto sanitário, 78,29% das residências dos entrevistados é atendida pela rede coletora, enquanto 21,71% não possuem acesso a rede coletora. 22,48% dos domicílios possuem fossa séptica, enquanto que 77,52% dos entrevistados não possuem fossa séptica em suas residências. 3,87% dos entrevistados afirmaram que seu esgoto sanitário é lançado diretamente em buraco, rio, poço ou vala, enquanto que 96,13% não realizam esta prática nos seus domicílios.

Dados do Censo de 2010 mostram que 57,92% dos domicílios do município de Santa Maria/RS possuem ligação com a rede geral de esgotos, 24,92% fazem uso de fossa séptica para coleta do esgoto sanitário, 13,61% utilizam-se de fossa rudimentar, o chamado “poço negro”, enquanto que 4,95% afirmaram lançar seu esgoto em rios ou lagos, bem como 0,71 afirmaram dar outro fim para seu esgoto sanitário, assim como 1,40% dos domicílios não possui esgoto sanitário.

Segundo a Agência Nacional de Águas(ANA), no Brasil, 43% da população possui esgoto coletado e tratado e 12% utilizam-se de fossa séptica (solução individual), ou seja, 55% possuem tratamento considerado adequado; 18% têm seu esgoto coletado e não tratado, o que pode ser considerado como um atendimento precário; e 27% não possuem coleta nem tratamento, isto é, sem atendimento por serviço de coleta sanitário (BRASIL, 2017).

Em relação ao abastecimento de água, 96,90% dos entrevistados afirmam que seus domicílios estão ligados a rede de água, enquanto 3,10% não possuem água canalizada. A principal fonte de água daqueles que não possuem água canalizada recebem água de poço artesiano ou recebem o abastecimento através de caminhão-pipa.

De acordo com o SEBRAE (2019), 91,4% das residências de Santa Maria/RS possuem abastecimento de água através da rede geral, enquanto que 7,7% tem o abastecimento de água através de poço ou nascente, e o restante, 0,9%, obtém água de outra forma não declarada.

Segundo dados da ANA (2007), no Estado do Rio Grande do Sul, a Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN) administra os sistemas de água de 63% das sedes municipais do Estado. Dos 286 municípios do Estado (59% das sedes) são abastecidos exclusivamente por águas subterrâneas, enquanto os mananciais superficiais são utilizados para o abastecimento de 134 sedes urbanas. Os demais municípios (13%) são abastecidos de forma mista (mananciais superficiais e subterrâneos).

No que se refere aos tipos de sistemas de abastecimento existentes, 440 sedes urbanas (90%) são abastecidas por sistemas isolados, o que corresponde a 6,9 milhões de habitantes. As demais 47 sedes são abastecidas por sistemas integrados, sendo que tais sistemas respondem pelo abastecimento de água de 20% da população urbana do Estado. Cerca de 32% das sedes urbanas do Estado requerem ampliações ou adequações nos sistemas produtores de água e 5% necessitam de novos mananciais (AGENCIA NACIONAL DE ÁGUAS, 2007).

Os primeiros resultados discutidos trazem aspectos importantes do recorte socioeconômico e demográfico do público pesquisado. A partir desse momento passa-se a discutir os dados referentes aos fatores de risco associados à doença cardiovascular.



Inicia-se a discussão dos fatores de risco associados à doença cardiovascular analisando os dados antropométricos dos entrevistados. Os dados mostram que na população estudada, a média de peso medido em quilogramas (kg) foi de 73,33kg, e a altura média medida em centímetros (cm) foi de 1,68. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 26,08, mínimo de 16,56, máximo de 43,02 e DP de  $\pm 5,85$ .

Segundo Bertol, Dutra e Nohama (2013), o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como indicador da gordura corporal de um indivíduo. Este índice foi criado pelo cientista belga Lambert Adolphe Jacques Quételet no fim do século XIX.

Trata-se de um método fácil e rápido para verificar se uma pessoa tem massa baixa, normal ou encontra-se na condição de sobrepeso. O cálculo de IMC disseminou-se entre as comunidades científicas, sendo largamente utilizado até os dias de hoje. Dentre as suas principais vantagens, destaca-se a facilidade de aplicação, visto que o índice é calculado de forma bastante simples, pela relação entre a massa (kg) dividida pelo quadrado da altura (cm) do indivíduo (SISVAN, 2011).

Uma vez calculado, o IMC poderá ser classificado segundo tabela fornecida pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Levando em consideração indivíduos adultos, têm-se os resultados apresentados na Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1** – Resultados: valores do IMC versus Classificação

<b>Faixa</b>	<b>IMC</b>	<b>Classificação</b>
1	abaixo de 18,5	adulto com baixo peso
2	maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0	adulto com peso adequado (eutrófico)
<b>3</b>	<b>maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0</b>	<b>adulto com sobrepeso</b>
4	maior ou igual a 30,0 e menor que 35,0	adulto com obesidade grau I
5	maior ou igual a 35,0 e menor que 40,0	adulto com obesidade grau II (severa)
6	maior ou igual a 40,0	adulto com obesidade grau III (mórbida)

**Fonte:**Bertol, Dutra e Nohama (2013).

Desta forma, segundo Rezende et. al (2006), indivíduos com excesso de peso, principalmente com obesidade abdominal, estão mais expostos a fatores de risco cardiovasculares envolvidos na síndrome metabólica e, conseqüentemente, a maior risco de morbidade e mortalidade quando não tratadas essas alterações. Fatores de risco, como

sedentarismo, sobrepeso/obesidade, distribuição central da gordura corporal, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas são passíveis de intervenção, demonstrando a importância do acompanhamento clínico-nutricional na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e melhora da qualidade de vida da população.

A pressão arterial (PA) também foi outro fator identificado junto aos entrevistados, por ser considerada, se fora do controle, um fator de risco para doenças cardiovasculares. A média da pressão arterial medida nos entrevistados foi, medida em milímetros de mercúrio (mmHg), pressão sistólica (PAS) com média em 116mmhg e a pressão diastólica (PAD) com média de 77mmhg. A pressão sanguínea alta é outro importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Essa é uma condição na qual a pressão do sangue nas artérias é muito alta. Geralmente não há sintomas para sinalizar a pressão alta. Reduzir a pressão arterial, ao fazer mudanças no estilo de vida ou por medicação, pode diminuir o risco de doenças cardiovasculares e infarto agudo do miocárdio.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2016), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é causa de doenças cardíacas e fator de risco dominante para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, além de poder ocasionar insuficiência cardíaca. Pacientes hipertensos em fases mais precoces da vida podem desenvolver déficits cognitivos (doença de Alzheimer e demência vascular e senil), bem como outras complicações. Essa multiplicidade de consequências caracteriza a HAS como uma das causas de maior redução de expectativa e qualidade de vida das pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016)

Outro fator pesquisado foi a circunferência da cintura, medida em centímetros (cm), que apresentou entre os entrevistados uma média de 84,24 cm, a circunferência do quadril com média foi de 102,56cm, e a circunferência abdominal teve de média 89,50 cm e a relação da cintura quadril (RCQ) teve como média 0,82cm.

Tendo em vista que os valores padrão diferem-se por sexo, foi calculado a média da circunferência da cintura 84,33 cm, circunferência do quadril 102,60 cm, circunferência abdominal 89,62 cm e RCQ com 0,81 cm para os homens entrevistados e circunferência da cintura 84,30 cm, circunferência do quadril 102,69 cm, circunferência abdominal 89,64 cm e RCQ com 0,82 cm para as mulheres entrevistadas.

Toma-se como referência de valores os descritos no Quadro 2, percebe-se que apenas a média de circunferência da cintura e abdominal das mulheres entrevistadas, encontra-se acima do padrão estimado para avaliação do risco cardiovascular. No entanto, esse é um fator modificável, que por meio de ações de educação em saúde pode ser alterado, mais um indicador

que pode ser trabalhado pelos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro com o intuito de auxiliar na prevenção de doenças cardiovasculares.

Quadro 2 - Valores de referência para medidas antropométricas.

<b>Circunferência cintura (cm)</b>	
Homens	≥ 90
Mulheres	≥ 80
<b>Circunferência abdominal (cm)</b>	
Homens	≥ 102
Mulheres	≥ 88
<b>Relação Cintura Quadril (RCQ)</b>	
Homens	≥ 0,9
Mulheres	≥ 0,85

Fonte: ABESO, 2016.

De acordo com Carvalho et. al. (2015), a obesidade abdominal está diretamente ligada à gordura visceral que é indicador de uma série de alterações metabólicas observadas neste estudo, como diminuição do HDL-c, hipertensão e resistência insulínica. De um modo geral as variáveis de obesidade abdominal apresentaram maior correlação com os fatores de risco cardiovascular do que o IMC, indicando que este tipo de obesidade pode estar mais relacionado com o risco cardiovascular que a obesidade geral, medida pelo IMC.

Ainda segundo os autores, os indicadores que mais se associaram aos fatores de risco cardiovascular foram IMC, CC e RCA em mulheres e RCQ e RCA em homens. Os indicadores antropométricos de obesidade se correlacionaram mais com as variáveis metabólicas e pressão arterial no sexo feminino que no masculino (CARVALHO et al., 2015).

Outro resultado a ser discutido consiste, dentre as entrevistadas do sexo feminino, questionar sobre o uso de anticoncepcionais. Entre as mulheres entrevistadas, 64,61% utiliza algum tipo de anticoncepcional. Destas, 68,29% utilizam anticoncepcionais de via oral, e o restante, 31,71% utilizam anticoncepcional injetável.

Das entrevistadas que fazem o uso de anticoncepcional de via oral, 28,57% não o utilizam de forma contínua, sendo que 71,43% afirmam que já interromperam o uso do contraceptivo por alguma razão. Entre as que fazem uso do anticoncepcional injetável, 84,61% utilizam o medicamento trimestralmente, enquanto 15,39% fazem o uso mensalmente. Em relação ao tempo de uso, 81,49% das entrevistadas fazem o uso de anticoncepcionais a mais de 36 meses, ou seja, três anos. O restante, 19,51%, utilizam contraceptivos a menos de 36 meses, ou três anos.

Estudos como o de Brito, Nobre e Vieira (2011), os benefícios do uso dos contraceptivos hormonais ultrapassam os riscos associados a esses medicamentos. Um bom aconselhamento contraceptivo às mulheres deve incluir todos os aspectos benéficos e possíveis eventos adversos para, nesse contexto, proporcionar uma escolha informada mais apropriada para cada caso. Os contraceptivos orais combinados aumentam risco de trombose venosa e arterial mesmo em mulheres saudáveis, porém esse risco é baixo.

Em mulheres saudáveis, essa alteração não traz repercussões clínicas, porém deve-se evitar o seu uso em hipertensas. Assim, em mulheres com HAS, preferir os não hormonais ou somente com progestagênio, pois o etinilestradiol potencializa o risco para trombose arterial e altera o controle da PA nessas pacientes (BRITO; NOBRE; VIEIRA, 2011).

Em relação aos outros fatores associados aos antropométricos de risco para doença cardiovascular, quando perguntados sobre o uso do álcool, 59,68% dos entrevistados afirmaram fazer uso de bebida alcoólica diariamente, mesmo que em doses pequenas. O consumo excessivo de álcool pode ocasionar elevação na pressão sanguínea e aumenta o risco de doenças cardiovasculares. Ingerir elevadas doses de álcool também eleva o nível de triglicérides, o que contribui para arteriosclerose.

Segundo Vasconcellos (2018), considera-se que o consumo moderado de álcool está associado com um risco reduzido de desenvolver doenças cardiovasculares em comparação com a abstinência ou o consumo em excesso. Embora haja evidências de efeitos benéficos do uso moderado das bebidas alcoólicas, existem estudos mostrando um maior risco de doença coronariana associado ao padrão de uso excessivo do álcool.

Um estudo observacional foi realizado para investigar a associação entre o consumo de álcool e doenças cardiovasculares, examinando a apresentação inicial de 12 doenças cardíacas, cerebrovasculares, abdominais ou periféricas em categorias de consumo. Os resultados mostram que existem associações heterogêneas entre o nível de consumo de álcool e a apresentação inicial de doenças cardiovasculares. Esses resultados possuem implicações no aconselhamento de pacientes, comunicação em saúde pública e pesquisa clínica, sugerindo uma abordagem diferenciada do papel do álcool na prevenção de doenças cardiovasculares (VASCONCELLOS, 2018).

No que diz respeito ao tabagismo, 18,60% dos entrevistados declararam-se fumantes, além de 50,39% que afirmaram ser fumantes passivos. O fumo eleva o risco de doenças cardiovasculares. Fumar cigarros promove aterosclerose e eleva os níveis de fatores coagulantes do sangue, como fibrinogênio. A nicotina eleva a pressão sanguínea e o monóxido de carbono reduz a quantidade de oxigênio que o sangue pode transportar. Exposição

prolongada à fumaça do fumo de outras pessoas também pode elevar o risco de doenças cardiovasculares em não-fumantes (BRUNORI et al., 2014).

O consumo do tabaco é considerado um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares encefálicos (AVE), infecções das vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traqueia e brônquio (BRASIL, 2012). A fumaça ambiental dos cigarros também é responsável por causar danos à saúde, principalmente em asmáticos, crianças e adultos com tendência às doenças cardíacas (BRASIL, 2011).

O risco de doenças cardiovasculares está ligado a nocividade do tabaco. A nicotina contida é a droga psicoativa que mais causa dependência (BRUNORI et al., 2014). Eleva o ritmo cardíaco e a pressão arterial. Os efeitos nocivos do fumo são causados pelas substâncias nocivas como o alcatrão e a nicotina. Esta última é absorvida pelo organismo, chegando rapidamente ao sistema nervoso central, agindo como estimulante. Nesse sentido, a nicotina pode facilitar a atenção e a memória, causando um padrão de alerta no eletroencefalograma (BRASIL, 2012).

Em relação a outras drogas, 10,85% relataram fazer uso de maconha e cocaína. A droga mais nociva para o sistema cardiovascular é a cocaína. Segundo Gazoni et al. (2006), a cocaína é uma droga ilícita, mas amplamente utilizada e seus efeitos agudos frequentemente motivam atendimento de emergência. Já as suas manifestações crônicas, como as doenças cardiovasculares, podem produzir alterações de difícil correlação ao seu consumo prévio.

O uso prolongado da cocaína está relacionado à alteração da função sistólica ventricular esquerda por hipertrofia ou dilatação miocárdica, aterosclerose, disritmias, apoptose de cardiomiócitos e lesão simpática. A cocaína estimula os receptores beta e alfa-adrenérgicos levando ao aumento do inotropismo cardíaco e, conseqüentemente, do trabalho cardíaco. Adicionalmente, com estímulo dos receptores alfa-adrenérgicos nas coronárias, há aumento da resistência vascular coronariana e redução do fluxo sanguíneo (GAZONI et al., 2006).

Outro dado levantado relacionou-se ao tratamento para quadros depressivos. 19,38% dos entrevistados afirmaram fazer tratamento para depressão, e destes, 44% fazem uso de medicamentos antidepressivos a mais de 24 meses, ou seja, a mais de dois anos. Nas palavras de Soares, Costa e Mesquita (2006), as alterações neuroquímicas, neuroendócrinas e neuroanatômicas que ocorrem em pacientes depressivos contribuem para aumentar a vulnerabilidade de um paciente deprimido a uma doença cardiovascular.

Estudos sugerem que a depressão principal é um fator de risco não somente para o desenvolvimento da doença coronariana (DAC), mas também, para a mortalidade entre os

pacientes que tiveram um infarto do miocárdio. A depressão não tratada em pacientes com doenças médicas tende a ter um curso mais prolongado ou recorrente. Os sintomas somáticos da depressão podem ser atribuídos à doença física especialmente se um médico for um especialista que focaliza um determinado sistema do corpo e negligência os fatores psicossociais (SOARES, COSTA e MESQUITA, 2006).

No que diz respeito ao estresse, 59,69% dos entrevistados se dizem vítimas de estresse, corroborando-se com estudo realizado por Abreu et al. (2009) em Fortaleza, que identificou 59,6% dos participantes relataram que se estressavam com facilidade. Sabendo-se que o sistema cardiovascular participa ativamente das adaptações ao estresse, estando, portanto, sujeito às influências neuro-humorais. As respostas cardiovasculares resultam principalmente em um aumento da frequência cardíaca, da contratilidade, débito cardíaco e pressão arterial.

O estresse mental está presente no dia-a-dia do homem. O conhecimento popular já o implicou como causador de diversos males. Entretanto, só recentemente o meio científico voltou-se com maior interesse para o estudo deste fator. Sua influência é observada por quase todo o organismo, sendo o sistema cardiovascular profundamente afetado. Pesquisas demonstram que o estresse mental pode agir como causador de doenças cardiovasculares de forma crônica e aguda. As próprias alterações fisiológicas induzidas pelo mesmo, principalmente na hemostase e metabolismo intermediário, apresentam esta característica. Somam-se ainda a hiperatividade simpática e a inibição vagal que o estresse desencadeia, causando um desequilíbrio na atuação do sistema nervoso autônomo, ocasionando eventos isquêmicos e arrítmicos, mais importantes na presença de disfunção endotelial (LOURES et al., 2002).

A prática de atividades físicas também foi investigada. Os resultados mostram que 50,03% dos entrevistados são sedentários, enquanto 49,97% praticam pelo menos 30 minutos de atividade em cinco dias da semana. O sedentarismo está relacionado ao desenvolvimento de doenças cardíacas. Sedentarismo também pode ter impacto em outros fatores de risco, como obesidade, pressão alta, triglicérides altos, baixos níveis do (bom) colesterol HDL, e diabetes. Atividade física regular pode melhorar esses fatores de risco. Na entrevista os adultos jovens referiram a atividade física como um fator protetor da saúde. De acordo com Coelho e Burini (2009), a prática de atividade física pode prevenir o surgimento precoce, atuar no tratamento de diversas doenças metabólicas e interferir positivamente na capacidade funcional de adultos e idosos.

Os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda

da pressão arterial, a melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio (COELHO E BURINI, 2009).

Esses resultados encontrados situam-se acima da média nacional, conforme pesquisa realizada pelo DIESPORTE (2016), com 8.902 brasileiros, a qual evidenciou que 45,9% dos brasileiros são sedentários, e na região sul identificou que 39,2% da população é sedentária. Assim, relaciona-se os dados quantitativos aos relatos dos adultos jovens, os quais inferem a importância da prática da atividade física, embora não a pratiquem.

Nesse sentido, o profissional enfermeiro junto a equipe multiprofissional da Atenção Primária a Saúde, pode traçar estratégias junto a equipe multidisciplinar, que sensibilizem e promovam a prática da atividade física regular pelos adultos jovens, visto que, a mesma é recomendada na prevenção primária e secundária na prevenção de doenças cardiovasculares.

Discutidos os dados levantados sobre fatores de risco associados a doença cardiovascular a partir desse momento, passa-se a discutir a aplicação da Escala de Risco de Framingham.

A discussão da aplicação da Escala de Risco de Framingham serve para avaliar o risco de doença cardiovascular de acordo com a presença ou não de fatores de risco. No presente estudo, realizou-se a identificação dos fatores e indicadores de risco a partir da aplicação da Escala de Risco Framingham, sendo que o primeiro indicador de risco baixo/intermediário é representado pela idade superior a 65 anos, no entanto, este indicador não é aplicado a amostra da pesquisa, visto que, os 129 entrevistados são adultos jovens entre 20 e 29 anos.

Os resultados mostram que as maiores incidências são de indicadores de obesidade e sedentarismo, que juntos representam 78,29% dos entrevistados. Em relação aos indicadores de alto risco, destacam-se destaca-se que dois (1,55%) apresentam cardiopatia, três (2,33%) Diabetes Mellitus, um (0,78%) retinopatia e um (0,78%) doença vascular periférica.

Devido as doenças cardiovasculares serem a principal causa de morte nas Américas e na Europa, alcançando proporções epidêmicas significativas, surgiu um projeto de estudo de coorte, no ano de 1948, em Framingham, Massachusetts, EUA, para investigar as causas gerais dessas doenças. Esse estudo objetivava identificar os fatores comuns e/ou características que contribuem para a doenças cardiovasculares, foi acompanhado 5.209 pacientes por um longo período de tempo, em um grupo de participantes que não possuíam sintomas evidentes de doenças cardiovasculares.

Assim, o estudo identificou os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, e avaliou os efeitos de fatores relacionados com a idade, o sexo, os níveis de triglicerídeos e de

colesterol (HDL), e os assuntos psicossociais. Neste contexto, observou-se nos resultados obtidos que 60,47% dos entrevistados passam para a próxima etapa. Nesta segunda fase, de identificação de pontos na escala, é possível identificar em cada participante ou em cada indivíduo, o risco cardiovascular.

Realizada a identificação dos pontos na escala de risco Framingham dos dados coletados do público-alvo da pesquisa, passou-se para a etapa 3, de diagnóstico de risco cardiovascular por meio dos pontos obtidos, sendo que o escore da escala considera: risco baixo pontuação <10%, risco intermediário pontuação de 10 a 20% e risco alto pontuação > 20%.

Com base na identificação dos indicadores de risco na primeira etapa da coleta, evidenciou-se de acordo com a pesquisa realizada, que o risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos pelos adultos jovens, foi de 60,45% não possui risco de desenvolver doenças cardiovasculares, 35,65% apresentam um risco baixo e apenas 3,9% apresentam um risco alto. No entanto, necessita-se o planejamento de estratégias na rede de atenção primária para trabalhar com os adultos jovens que possuem risco cardiovascular, a fim de prevenir doenças cardiovasculares e minimizar os agravos de doenças crônicas.

Dos entrevistados (88,37%) apresentaram escore 0 na estratificação do risco por meio da Escala de Framingham, ou seja, apresentam um baixo risco de sofrerem doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos. Lotufo (2008) ressalta a possibilidade de se estimar o risco absoluto em dez anos permite ações preventivas, principalmente dirigir a estratégia populacional e a busca de alto risco.

Apresentados os dados levantados acerca da estratificação do risco cardiovascular, neste momento, busca-se discutir a percepção dos adultos jovens acerca da saúde e das práticas de cuidado que permeiam a saúde, que vai ao encontro dos dados quantitativos desta pesquisa, visto que essa faixa etária foi a que apresentou maior n na amostra, conforme cálculo amostral realizado com base nos dados populacionais do IBGE.

Além disso, foi possível identificar a necessidade de aprofundamento na temática com os adultos jovens, visto que apenas 33,33% dos entrevistados na etapa qualitativa, inferiram uma perspectiva mais aproximada do conceito de saúde.

Nesta perspectiva, têm-se como conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (2000): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Assim, percebe-se que o termo saúde é muito amplo e que são necessárias condições que assegurem a possibilidade da população ter saúde, sendo que essas medidas devem ser asseguradas pelo estado, conforme expresso no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o qual traz que: “a saúde é um direito de todos e dever do estado,



garantindo medidas políticas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Destaca-se que nos dados quantitativos, identificou-se como fatores de risco modificáveis o consumo de álcool em 59,69%, o sedentarismo em 50,04% e a obesidade/sobrepeso 26,36% dos adultos jovens, o que vai ao encontro dos discursos apresentados na análise qualitativa. Identificou-se que os adultos jovens percebem e relatam a necessidade de manter um estilo de vida saudável, evitando o uso de álcool e drogas, realizando atividade física regular na prevenção de doenças e agravos à saúde, embora muitos mencionaram que não o fazem.

Esse dado corrobora com estudo realizado no interior do nordeste brasileiro, Ceará, com 351 adultos jovens, que mostrou um índice 57,3% de sedentarismo, 19,4% de obesidade/sobrepeso e 76,1% de ingestão alcoólica (MOREIRA et al., 2012). Denota-se, por meio destes dados, que são necessárias mudanças no planejamento nas ações da APS, com o intuito de aproximar e acompanhar a saúde dos adultos jovens, de promover saúde e conhecimento, para que essa população possa empoderar-se no processo do autocuidado.

Nesse sentido, após esta primeira coleta identificou-se que estes participantes também eram os que tinha-se mais dificuldade para aplicar o questionário, pois poucos procuravam as unidades básicas, sendo necessário maior tempo de coleta para acessá-los. Relaciona-se a essa questão o fato de muitos adultos jovens conciliarem trabalho e estudo, conforme mostra estudo realizado em um município do Nordeste Brasileiro, que aponta que 63,2% dos pesquisados encontram-se nesta fase ativa da vida, tal situação é evidenciada pelas demandas atuais do mercado de trabalho (GOMES et al., 2012).

Assim, no que tange ao acesso aos serviços de saúde pelos adultos jovens, questionou-se aos adultos jovens durante coleta de dados qualitativos acerca da percepção deles sobre esse aspecto e identificou-se que há uma boa avaliação dos serviços de saúde de Santa Maria/RS.

Diante deste contexto, salienta-se que a APS deve ser de fácil acesso aos usuários e é referenciada na Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde, que assegura a todos os cidadãos o acesso de forma organizada, prioritariamente, por meio dos serviços de atenção primária (BRASIL, 2011). E cabe aos usuários, profissionais de saúde e gestores a busca pela melhoria na qualidade do acesso, serviços e assistência à saúde do município, visto que é um direito de todos, em contrapartida precisa-se reivindicá-lo.

Convém mencionar como limites do estudo, que o acesso aos participantes foi fastidioso, visto que, os telefones disponibilizados pelos usuários não eram compatíveis ou

permaneciam desligados, além disso, muitos relatavam que não podiam participar novamente do estudo, pois trabalhavam e não tinham horários disponíveis. O que demonstra que essa população é socialmente ativa na sociedade, muitos trabalham e estudam, o que dificultava o acesso a eles.

No entanto, foram evidenciadas informações pertinentes que diferenciam os adultos jovens estudados da população em geral. Ainda, a associação dessas informações quantitativas e qualitativas contribuem para a expansão do conhecimento acerca da identificação dos fatores de risco cardiovascular desta população e da percepção da mesma acerca da saúde e das práticas de cuidado que permeiam este processo.

Nesta conjuntura, os resultados deste estudo corroboram para o planejamento direcionado de ações de educação em saúde com adultos jovens pelo profissional enfermeiro que está inserido na rede de APS do município de Santa Maria/RS, e em outros municípios. Esta população necessita de um olhar humanizado e integral, e estas intervenções, quando implementadas, poderiam produzir impacto positivo no empoderamento do processo de saúde dos adultos jovens.

## 7 CONCLUSÃO

Neste estudo, que teve por objetivo identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e a percepção acerca das condições de acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS. Identificou-se que dos 129 jovens adultos investigados, mulheres e homens, de etnia branca, seguida de parda. Na identificação de fatores de risco cardiovascular evidenciou-se adultos jovens sedentários, obesos, faziam uso de no mínimo 30 g de álcool por dia, fumantes ativos e passivos, usuários de drogas (maconha e cocaína), já fizeram tratamento para depressão e se consideram estressados.

Qualitativamente, foi descrito a percepção dos adultos jovens acerca da saúde que evidenciou que os adultos jovens possuem uma percepção aproximada a respeito do conceito de saúde, bem como, ainda citam a ausência de doenças como fator indicativo de saúde.

Além disso, destaca-se que os participantes da pesquisa possuem esclarecimento acerca da necessidade de praticar atividade física e manter uma alimentação saudável é essencial para prevenção de doenças, no entanto, alguns ainda não mantêm esses hábitos de vida. Nessa perspectiva, evidenciou-se também que o acesso dos adultos jovens se dá por meio das Unidades de Pronto Atendimento, pois alegam que o atendimento é mais rápido e em horário oposto ao do trabalho, ainda que o profissional enfermeiro é pouco referenciado nos serviços de assistência à saúde do município de Santa Maria/RS.

Analisando-se em conjunto os achados quantitativos e qualitativos, identifica-se a necessidade da criação e implantação de políticas públicas no país voltadas para os adultos jovens nesta faixa etária de 20 a 29 anos, visto que, não existe ações e programas voltados para trabalhar com este público. O que leva-se a reflexão de que os adultos jovens de hoje, serão a população que carecerá de assistência à saúde no futuro.

Na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, menciona-se que a cultura dos adultos jovens acerca da saúde e das práticas de cuidado que permeiam este processo, ainda é um fator a ser trabalhado. Necessita-se fortalecer a atenção primária para contribuir na qualificação da assistência à saúde prestada aos adultos jovens atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, bem como permitir que possam ser traçadas metas para sensibilização dos adultos jovens no intuito de promover e ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde desta população.

Conclui-se, por fim que, que é evidente a necessidade de se investir diuturnamente nas mudanças de hábitos e estilo de vida, como a inserção da prática de atividade física regular,

busca pela alimentação saudável e balanceada que supra as necessidades diárias, para que futuramente tenha-se um envelhecimento com melhor qualidade de vida e se previna doenças e agravos à saúde.

## REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o estudo a Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4 ed., São Paulo, 2016. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf)>. Acesso em: 06 agosto de 2019.

BARDIN Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 71ª Edição, 2016.

Bonilha e Oliveira (2016) Capitulo do livro verde de Metodologias p.423

BERTOL, Omero Francisco; DUTRA, Géri Natalino; NOHAMA, Percy. **Sistema para Calcular e Classificar o Índice de Massa Corporal de Indivíduos Adultos**. Publicado em 2013. Disponível em <[http://www.iiis.org/CDs2013/CD2013SCI/CISCI\\_2013/PapersPdf/CA923BD.pdf](http://www.iiis.org/CDs2013/CD2013SCI/CISCI_2013/PapersPdf/CA923BD.pdf)>. Acesso em 06 jun. 2019

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional, Brasília; 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080 setembro de 1990**. Congresso Nacional, Brasília; 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf)>. Acesso em 01 ago. de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exposicao\\_controle\\_tabaco\\_brasil\\_trajetoria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exposicao_controle_tabaco_brasil_trajetoria.pdf)> Acesso em 01 ago. de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, n. 29. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab29>> Acesso em: 02 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, n. 37. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, n. 14, p. 54, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 21 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/A%20nova%20Politica%20Nacional%20de%20Atencao%20Basica%20-%20PNAB%20-%20Portaria%202.436\\_2017.pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/A%20nova%20Politica%20Nacional%20de%20Atencao%20Basica%20-%20PNAB%20-%20Portaria%202.436_2017.pdf)>. Acesso em: 17 agost. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2012. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)>. Acesso em: 12 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS. **Atlas esgotos:** despoluição de bacias hidrográficas. Brasília: ANA, 2017.

\_\_\_\_\_. RIO GRANDE DO SUL. MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS. ADESM – Agência de Desenvolvimento de Santa Maria. **Santa Maria/RS em dados.** Publicado em 2011. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/sobre-o-projeto/>>. Acesso em: 20 jun.de 2019.

BRITO, Milena Bastos; NOBRE, Fernando; VIEIRA, Carolina Sales. **Contracepção hormonal e sistema cardiovascular.** Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 96, n. 4, p. e81-e89, abr. 2011.

BRUNORI E.H.F.R.; et al. **Tabagismo, consumo de álcool e atividade física: associações na síndrome coronariana aguda.** Acta Paul Enferm. 2014; 27(2):165-72.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F. et al. **Drogas psicotrópicas:** o que são e como agem. Revista IMESC, n. 3, p. 9-35, 2001.

CARVALHO, Carolina Abreu de; FONSECA, Poliana Cristina de Almeida; BARBOSA, José Bonifácio; MACHADO, Soraia Pinheiro; SANTOS, Alcione Miranda dos; SILVA,

Antonio Augusto Moura da. **Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva 20 (2) Fev 2015.

COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem** – Resolução COFEN nº 311/2007 de 08/02/07, que aprovou a Reformulação do Código de Ética. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Conselho Nacional, Brasília; 1986. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.** Conselho Federal de Enfermagem, Brasília; 2007. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2017.

COELHO, C.F., BURINI, R.C. **Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional.** Rev. Nutr., Campinas , v. 22, n. 6, p. 937-946, Dec. 2009 .

CRESWELL, J.W., CLARK, V.L.P. **Pesquisa de Métodos Mistos.** 2ª Ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

D'AGOSTINO, R. B.; Vasan R. S.; Pencina M. J.; et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care- The Framingham Heart Study.** Circulation. 2008; 117: 743-753.

ERIKSSON M.K., FRANKS P.W., ELIASSON M. **A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: the Swedish bjorknas study.** PlosOne. 2009, 4(4):1-15. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19365563>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

GAZONI, Fernanda Martins et al. **Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso.** Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 427-432, Dec. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES E.B., MOREIRA T.M.M. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online; 2013. jul./set. 6(3):918-928. **Estratificação do risco cardiovascular em adultos jovens: relação com pressão arterial, antropometria e achados bioquímicos.** Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750623007>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/Wfr3qM>>. Acesso em: 12 out. 2017.

LACERDA M. L., COSTENARO R. G. S. (Org.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde.** 1ª reimpressão, Porto Alegre, Moriá, 2017.

LEONE, Eugenia Troncoso. **O perfil dos trabalhadores e trabalhadoras na economia informal**. Escritório da OIT no Brasil. Brasília: OIT, 2010, v. 1 (Série Trabalho Decente no Brasil; Documento de trabalho n. 3).

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2ª Ed. rev. e atual, Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LEVINSON, D. (1977). **The seasons of a man's life**. New York: Alfred A. Knoff. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/105960117900400214>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

LIMA-COSTA M.F., BARRETO S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol.12, nº 4, out/dez de 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

LOTUFO, Paulo Andrade. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares**. RevMed (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

LOURES, Débora Lopes et al. **Estresse Mental e Sistema Cardiovascular**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 78, n. 5, p. 525-530, May 2002.

MALTA D.C., NETO O.L., SILVA JÚNIOR J.B. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

MARCON,S.S.; ELSÉN, I. **A enfermagem com um novo olhar ...A necessidade de enxergar a família**. Farm. Saúde Desenv., Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez.1999.

MARIANO, R. **Mudanças no campo religioso brasileiro no Censo 2010**. Debates do NER UFRGS, v. 14, p. 119-137, 2013.

MEIRELES, A. L. et al. **Atenção à saúde do adulto** - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2012.

MORSE, J. M. **Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation**. Nursing Research, Mar-Apr; 40 (1), 120-123, 1991 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2003072>>. Acesso em: 13 out. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification**. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/tYYwSd>>. Acesso em: 20 set. 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Risco de doenças cardiovasculares se inicia em 120/80 mmHg, que poderão transformar-se em novos limites diagnósticos de**



**hipertensão arterial.** Publicado em 2016. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5056:risco-de-doencas-cardiovasculares-se-inicia-em-120-80-mmhg-que-poderao-transformar-se-em-novos-limites-diagnosticos-de-hipertensao-arterial&Itemid=838](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5056:risco-de-doencas-cardiovasculares-se-inicia-em-120-80-mmhg-que-poderao-transformar-se-em-novos-limites-diagnosticos-de-hipertensao-arterial&Itemid=838)>. Acesso em 06 jun. 2019.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** 16ª Reimpressão, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil:** Santa Maria/RS. Publicado em 2010. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/santa-maria\\_rs#habitacao](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-maria_rs#habitacao)>. Acesso em 06 jun. 2019.  
POLIT, D. F., BECK C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REZENDE, Fabiane Aparecida Canaan et al. **Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 87, n. 6, p. 728-734, Dec. 2006.

SAMPAIO, M.R., MELO, M.B.O., WANDERLEY, M.S.A. **Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas.** Rev Brás Cardiol. 2010; 23(1):47-56. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/r1-05-marcus.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SANTOS, Álvaro S.; MIRANDA, Sônia M.R.C.; **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Editora: Manole, 1ª Edição Brasileira, São Paulo -2009.  
SEBRAE/RS – Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Rio Grande do Sul. **Perfil das Cidades Gaúchas:** Santa Maria/RS. Publicado em 2019. Disponível em: <[http://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil\\_Cidades\\_Gauchas-Santa\\_Maria.pdf](http://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil_Cidades_Gauchas-Santa_Maria.pdf)>. Acesso em 06 jun. 2019.

SINDILOJAS – REGIÃO CENTRO/RS. **Sindilojas apresenta levantamento do comércio informal a entidades.** Disponível em: <<http://sindilojas-sm.com.br/sindilojas-apresenta-levantamento-do-comercio-informal-a-entidades/>>. Acesso em 18 jun. 2019.  
SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues; COSTA, Rudy Alves; MESQUITA, Evandro Tinoco. **Depressão e as doenças cardiovasculares.** Rev. Dep. Psicol., UFF , Niterói, v. 18, n. 2, p. 201-202, dezembro de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Cardiômetro:** mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.cardiometro.com.br/antiores.asp>>. Acesso em: 03ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.101, n. 6, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/g9ez6d>>. Acesso em: 03ago.2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, V.109, n.2, 2017. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf)>. Acesso em: 06 de ago. 2019.

SOUSA, M.F. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.2, pp.153-158. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

SOUZA, E. C. F. D. et al. **Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

TAKAHASHI, R.F., OLIVEIRA, M.A.C., **A visita domiciliar no contexto da Saúde da Família.** Manual de Enfermagem, 2001. Disponível em: <[www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem)>. Acesso em: 08 ago 2017.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VASCONCELLOS, Juliana Festa de. **Consumo de álcool e doenças cardiovasculares: o que dizem os estudos.** Publicado em 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/consumo-de-alcool-e-doencas-cardiovasculares-o-que-dizem-os-estudos/>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases.** 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A – QUADRO SINÓPTICO DO ESTUDO DE TENDÊNCIAS**

ID	Título	Tipo de estudo	Área conhecimento	Ano	Região e Instituição	População	Cenário	Método
P1	Parâmetros bioquímicos e imunológicos associados ao risco cardíaco.	Dissertação	Farmácia	2014	Mato Grosso UFMT - Campus de Barra do Garças	Entre 27 e 65 anos	Hospital	Quantitativo
P2	Fatores de risco nutricionais, comportamentais, clínicos e bioquímicos para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de turnos alternantes da região dos inconfidentes, Minas Gerais, Brasil	Dissertação	Ciências Biológicas	2012	Minas Gerais Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto,	678 trabalhadores de turno do sexo masculino com idade mediana de 34,2 (21,7 – 58,9) anos	Ambiente de trabalho	Quantitativo
P3	Risco cardiovascular e avaliação de parâmetros metabólicos em coorte de pacientes adultos HIV/AIDS.	Tese	Medicina	2013	Goiás (UFG)	294 participantes com idade > 19 anos	Hospital Centro de referência para HIV	Quantitativo
P4	Concordância dos escores de risco cardiovascular em indivíduos infectados pelo HIV e HCV	Dissertação	Medicina	2016	Santa Maria UFSM	128 participantes Entre 21 e 72 anos	Hospital	Quantitativo
P5	Risco de Framingham e evento cardiovascular em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos	Tese	Medicina	2014	Universidade Est.Paulista Júlio De Mesquita Filho/Botucatu	Mulheres entre 18 e 40 anos	Hospital	Quantitativo
P6	Fenótipo Cintura	Tese	Nutrição	2015	MG	976 adultos de 20 a	Hospital	Quantitativo

	Hipertrigliceridêmica e Risco Cardiovascular em Adultos de Viçosa (MG): Um Estudo de Base Populacional.				Universidade Federal de Viçosa	59 anos de idade, de ambos os sexos.		
P7	Efeito da dieta hipenergética associada ao consumo de farinha de berinjela em obesas metabolicamente saudáveis e não saudáveis	Dissertação	Medicina	2014	São Gonçalo UFRJ	310 indivíduos com + de 20 anos	Atenção Básica	Quantitativo
P8	Avaliação do risco cardiovascular em policiais militares de uma cidade do Mato Grosso do Sul segundo os critérios de Framingham	Dissertação	Medicina	2015	Universidade Federal da Grande Dourados	96 PM Com mais de 21 anos	Ambiente de Trabalho	Quantitativo
P9	Risco cardiovascular e síndrome metabólica em indivíduos com transtorno mentais	Dissertação	Nutrição	2016	Teresina Fundação Universidade Federal do Piauí	Maiores de 18 anos	CAPS	Quantitativo
P10	Avaliação do risco cardiovascular e fatores associados na população de Anchieta-ES	Dissertação	Enfermagem	2015	Anchieta Universidade Federal do Espírito Santo	539 pessoas Entre 25 e 54 anos	ESF	Quantitativo
P11	Estresse no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários do campus saúde de uma universidade pública	Dissertação	Enfermagem	2015	Minas Gerais Universidade Federal de Minas Gerais	211 trabalhadores, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 65 anos	Ambiente de trabalho	Quantitativo
P12	Estresse, pressão arterial e risco cardiovascular em trabalhadores	Dissertação	Enfermagem	2014	Universidade Univerus	316 profissionais de enfermagem	Ambiente de trabalho	Quantitativo

	de enfermagem: estudo associativo				Guarulhos			
P13	Avaliação do risco cardiovascular através dos indicadores de obesidade e de distribuição da gordura corporal em portadores de HIV virgens de tratamento antirretroviral.	Dissertação	Nutrição	2013	Fundação Osvaldo Cruz	84 pacientes entre 28 e 42 anos	Ambulatório do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas IPEC FIOCRUZ	Quantitativo
P14	Avaliação angiotomográfica das alterações coronarianas em pacientes HIV positivos em uso de terapia antirretroviral.	Tese	Medicina	2013	Salvador Universidade Federal da Bahia	393 pacientes com idade entre 20 a 45 anos de idade Para mulheres e p/ os homens de 50 a 70 anos	Ambulatório Hospital	Quantitativo

## APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<u>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:</u>	
Nome: _____	
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino    Idade: ____    Data Nascimento: _____	
Endereço: _____	
Telefone: _____	
Formação: _____	Profissão: _____
Tipo de vínculo empregatício: _____	

### QUESTÕES NORTEADORAS

- ✓ O que representa ter saúde para você?
- ✓ Como você faz para manter sua saúde? Dessa forma, como é a sua alimentação? E você pratica alguma atividade física?
- ✓ O que significa a prevenção de doenças para você?
- ✓ Quando você tem algum problema de saúde, costuma buscar atendimento em que serviço de saúde? E como é/foi o acesso neste serviço? Nesse sentido, como é/foi o atendimento nesse serviço?
- ✓ Quando você necessita de uma consulta, como você faz? Procura qual serviço de saúde? E qual o tempo de espera? Como você percebe a atuação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde em que você é atendido?
- ✓ Nesta perspectiva, você tem ou teve algum diagnóstico de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, problemas cardíacos ou outras?
- ✓ Você lembra quanto tempo faz que fizeste o último exame laboratorial (de sangue) de rotina?
- ✓ Você é fumante? Se sim. Há quanto tempo? Lembra quando começou?

## APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da Saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente da Saúde*  
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

### AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado “Risco cardiovascular e acesso aos serviços de atenção básica entre jovens de Santa Maria-RS” de autoria da mestranda Vanessa do Nascimento Silveira, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de atenção básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria-RS.

*Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.*

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 19 de dezembro de 2017.

Fábio Mello da Rosa  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE  
 PORTARIA 0040/2007 SMS

## APÊNDICE D– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** “Risco cardiovascular e acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens de Santa Maria/RS”.

**Pesquisadores responsáveis:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Denise Schimith e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Mara Caetano da Silva.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/RS/ Departamento de Enfermagem.

**Contato e endereço postal:** (55) 3220-8473. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1311, 97105-970 - Santa Maria/RS.

**Pesquisadora mestrand:** Enf<sup>ª</sup> Vanessa do Nascimento Silveira.

**Telefone e e-mail para contato:** (55) 99707-3701. E-mail: v.sylveira@gmail.com

**Local de coleta de dados:** Unidades de Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria/RS.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que denomina-se “Risco cardiovascular e acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens de Santa Maria/RS” que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, Departamento de Enfermagem da UFSM. As pesquisadoras responsáveis por esta pesquisa são: Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup>. Maria Denise Schimith e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Mara Caetano da Silva, juntamente com a mestrand de enfermagem Enf<sup>ª</sup> Vanessa do Nascimento Silveira.

Este estudo tem a finalidade de identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS. Nesse sentido, o presente estudo tem o intuito de contribuir para a qualificação da assistência de saúde prestada aos adultos jovens atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, bem como permitir que possam ser traçadas metas para prevenção e promoção de saúde a partir dos resultados deste estudo.

A sua colaboração consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada previamente agendada com a pesquisadora. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. Você concorda com a gravação? ( ) Sim ( ) Não

O conteúdo da entrevista gravada será utilizado na produção da pesquisa e também na produção de artigos. Os nomes reais dos participantes da pesquisa serão preservados, assim como informações que possam revelar a identificação da/o participante. A participação nesse estudo é voluntária, portanto não envolve custos aos participantes. Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Mesmo assim, se você desejar participar, nos comprometemos em fornecer todas as informações e explicações referente aos resultados da pesquisa logo após ela ser finalizada.

Os procedimentos obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos usados oferecem um risco mínimo a você, já que pode causar desconforto e ansiedade durante a entrevista. Caso isso ocorra a pesquisadora poderá ajudá-lo(a) a amenizar os riscos através de um suporte ou apoio momentâneo e posteriormente, se necessário, poderá suspender a entrevista, sem maiores prejuízos a você.

Os dados confidenciais da pesquisa serão guardados em local seguro, na UFSM, no prédio 26, sala 1305B, por um prazo de 5 anos. Após esse prazo, tais documentos passarão por um processo de reciclagem. Caso houver dúvidas em relação a esta pesquisa, entre em contato com as pesquisadoras responsáveis, através dos telefones mencionados acima.



Em caso de dúvida quanto à condução ética deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM – Prédio da Reitoria, 2º andar. Av. Roraima, nº 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Santa Maria/RS. CEP: 97105-900. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: CEP.ufsm@gmail.com. Web: <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php>.

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879. E-mail: conep@saude.gov.br

Solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa, em duas vias, uma para você e uma para o pesquisador.

### CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIMENTO

Tendo em vista os itens acima apresentados eu, \_\_\_\_\_ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa “Risco cardiovascular e acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens de Santa Maria/RS”, a qual vincula-se ao projeto matricial que foi aprovado pelo CAAE 60159416.2.00005346.

Santa Maria/RS\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura Participante

Assinatura dos responsáveis pela pesquisa:

---

Maria Denise Schimith

---

Laís Mara Caetano da Silva

## APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do estudo:** “Risco cardiovascular e acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens de Santa Maria/RS”.

**Pesquisadores responsáveis:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Denise Schimith e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Mara Caetano da Silva.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem.

**Contato e endereço postal:** (55) 3220-8473. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1311, 97105-970 - Santa Maria/RS.

**Pesquisadora mestranda:** Enf<sup>ª</sup> Vanessa do Nascimento Silveira.

**Telefone e e-mail para contato:** (55) 99707-3701. E-mail: v.sylveira@gmail.com

**Local de coleta de dados:** Unidades de Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria/RS.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas nas unidades de Estratégia saúde da Família do município de Santa Maria/RS.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1305B, 97105-970 - Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup>. Maria Denise Schimith e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Mara Caetano da Silva. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa vincula-se ao projeto matricial “Estratificação do Risco Cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica no município de Santa Maria/RS, o qual foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em outubro de 2016, com o número de registro CAAE60159416.2.00005346.

Santa Maria/RS, novembro de 2017.

Assinatura dos responsáveis pela pesquisa:

---

Maria Denise Schimith

---

Laís Mara Caetano da Silva

## **ANEXOS**

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS**

**Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Enfermagem**

**Termo de Autorização para a Utilização de Banco de Dados**

Eu, **Maria Denise Schimith**, professora doutora da Universidade Federal de Santa Maria/RS (UFSM), declaro para os devidos fins, que autorizo a mestranda Enfa. **Vanessa do Nascimento Silveira**, a utilizar o banco de dados da pesquisa “*Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria/RS.*” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE n. 60159416.2.0000.5346. Tais dados será utilizado como resultados da pesquisa “**RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE ADULTOS JOVENS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**” que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, como produto final da dissertação.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento por parte das pesquisadoras dos requisitos da Resolução 466/12 item III. 2-i e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o anonimato e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Santa Maria/RS, outubro de 2018.

---

Profa. Dra. Maria Denise Schimith

## ANEXO B – INSTRUMENTO COLETA PROJETO MATRICIAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

#### PASSO 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Número do instrumento	Data e hora da coleta	Número prontuário UBS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados gerais

Nome da Unidade Básica de Saúde/Região

Bairro/Vila

Identificação do participante

Nome

Sexo

1. Masculino

2. Feminino

Data de nascimento

Escolaridade (anos completos)

Telefone

Ocupação/trabalho

Estado Civil

1. Solteiro(a)

2. Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)

3. União estável há mais de seis meses

4. Casado(a) legalmente

5. Viúvo(a)

6. Outro

Religião

1. Ateu

2. Católica

3. Evangélica

4. Espírita

5. Outra

Etnia

1. Branca

2. Negra

3. Parda

4. Amarela

5. Indígena

Possui alguma deficiência física?

1. Não    2. Sim

Se sim, qual o tipo de deficiência física?

1. Visual

2. Auditiva

3. Motora

4. Intelectual/mental

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.**

**PASSO 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA**

Dados de moradia

Qual o número de pessoas que residem no domicílio?

Qual a renda familiar mensal (R\$)? - (sal. mín. nac. R\$ 937,00)

Condição da casa em que reside

1. Própria  
 2. Cedida  
 3. Alugada  
 4. Outra/invasão

Material da casa em que reside

1. Alvenaria  
 2. Madeira  
 3. Mista

Esgotamento sanitário

1. Rede coletora  
 2. Fossa séptica  
 3. Buraco/rio/poço/vala

Abastecimento de água

1. Com canalização interna  
 2. Sem canalização interna  
 3. Poço/pipa

**PASSO 2 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR**

Dados antropométricos

Peso (kg)

Altura (cm)

IMC (kg/m<sup>2</sup>)

PA (mmHg)

Circunf. abdominal (cm)

Circunf. quadril (cm)

RCQ (cm)

SE SEXO FEMININO

Usa anticoncepcional hormonal?

1. Sim  2. Não

Se SIM, qual o tipo?

1. Oral  
 2. Injetável

Se ORAL, qual?

1. Contínuo  2. Pausa

Se INJETÁVEL, qual?

1. Mensal  2. Trimestral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.**

**PASSO 2 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR**

SE SEXO FEMININO

Faz uso de outro tipo de anticoncepcional?

1. Anel vaginal
2. Pílula vaginal
3. Adesivo
4. Implante Hormonal
5. Esponja Contraceptiva
6. Diafragma (método não hormonal)
7. DIU

Se usa DIU, qual o tipo?

1. Mirena ou Hormonal
2. Cobre (não hormonal)

OU

Qual o tempo de troca do DIU?

Há quanto tempo você faz uso de método anticoncepcional?

Fatores de risco associados

Uso de álcool

1. Não usa
2. Usa menos de 30g de álcool por dia
3. Usa mais de 30g de álcool por dia

30g de álcool por dia = 600ml de cerveja (5% de álcool) OU 250ml de vinho (12% de álcool) OU 60ml de destilados (50% de álcool).

Faz uso de cigarro?

1. Sim  2. Não

Alguma das pessoas que mora com você costuma fumar dentro de casa? OU Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde você trabalha?

1. Sim  2. Não

Você usa outras drogas?

1. Sim  2. Não

Você já fez ou faz tratamento para depressão?

1. Sim  2. Não

Durante quanto tempo?

Se SIM, qual?

1. Maconha
2. Cocaína
3. Crack
4. Outra

Considera-se uma pessoa estressada?

1. Sim  2. Não

Pratica alguma atividade física?

1. Não
2. Sim - MENOS de 30 min/5 vezes por semana
3. Sim - MAIS de 30 min/5 vezes por semana

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.**

**PASSO 3 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM**

**ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO**

Indicadores de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO

- 1. Idade >65 anos
- 2. Sexo masculino
- 3. Tabagismo
- 4. Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia.
- 5. Obesidade (IMC >30 kg/m<sup>2</sup>) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: >88 cm em mulheres; >102 cm em homens).
- 6. Sedentarismo
- 7. História de evento cardiovascular prematuro em familiares de 1º grau: pai, mãe, irmãos (homens <55 anos e mulheres <65 anos).
- 8. História familiar de doença renal (para risco de insuficiência renal).
- 9. Manifestações de aterosclerose: sopros arteriais carotídeos; diminuição ou ausência de pulsos periféricos.
- 10. Diagnóstico prévio de dislipidemia.
- 11. Diagnóstico prévio de síndrome de ovário policístico.

Indicadores de ALTO risco

- 1. Acidente vascular encefálico (AVE) prévio.
- 2. Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio.
- 3. Lesão periférica - Lesão de órgão-alvo (LOA).
- 4. Ataque isquêmico transitório (AIT).
- 5. Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE).
- 6. Nefropatia
- 7. Retinopatia
- 8. Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica.
- 9. Aneurisma de aorta abdominal.
- 10. Estenose de carótida sintomática.
- 11. Diabetes mellitus.
- 12. Doença vascular periférica.
- 13. Angina no peito.
- 14. Doença renal crônica.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.**

**PASSO 3 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM**

**ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO**

Se o participante apresentar APENAS UM fator de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO, não há necessidade de calcular o escore (partir para a etapa 2), pois ele é considerado como BAIXO RCV.

Se apresentar AO MENOS UM fator de ALTO risco, também não há necessidade de calcular o escore, pois este paciente já é considerado como ALTO RCV.

O cálculo será realizado quando o usuário apresentar MAIS DE UM fator de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO.

É necessário passar para a próxima etapa?

1. Sim  2. Não

Se NÃO é necessário, qual o diagnóstico de risco?

**ETAPA 2 - IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS NA ESCALA**

**Valores das variáveis**

Idade <input type="text"/>	Colesterol total (mg/dL) <input type="text"/>	HDL (mg/dL) <input type="text"/>	LDL (mg/dL) <input type="text"/>
PA (mmHg) <input type="text"/>	Glicemia jejum (mg/dL) <input type="text"/>	Triglicerídeos (mg/dL) <input type="text"/>	

**Pontuação na Escala de Risco de Framingham**

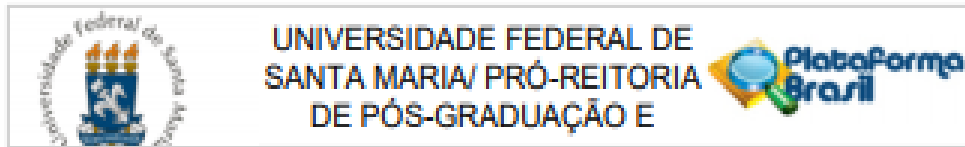
Idade <input type="text"/>	Colesterol total <input type="text"/>	Tabagismo <input type="text"/>	HDL <input type="text"/>	PA sistólica <input type="text"/>
SOMA DOS PONTOS				<input type="text"/>

**ETAPA 3 - DIAGNÓSTICO DE RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DOS PONTOS OBTIDOS**

Escore obtido na ERF (%)

Risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos

## ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSM (PROJETO MATRICIAL).



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

**Pesquisador:** Maria Denise Schmith

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60159416.2.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.772.115

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo transversal analítico, que será realizado por meio de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa. O local do estudo será todas as unidades de Atenção Básica (AB) da zona urbana do município de Santa Maria, e a população serão os usuários de 20 a 79 anos atendidos nestas unidades. A amostragem será aleatória, sistemática e proporcional ao tamanho da população adscrita por região administrativa de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde. Após, procedeu-se o cálculo do percentual populacional por década, dentro da faixa etária citada. Foram identificadas todas as unidades da AB, da zona urbana do município, por região administrativa e a quantidade de usuários atendidos em cada uma delas.

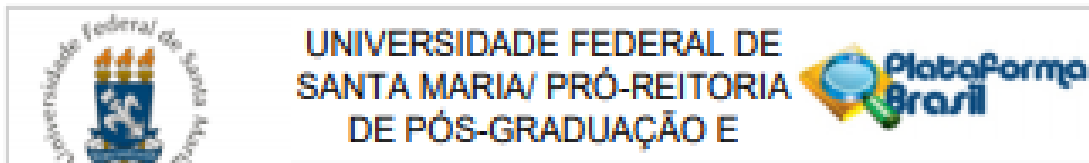
#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo primário:** caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria.

#### **Objetivo secundário:**

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos usuários de 20 a 79 anos

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-910  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (51)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;

- Caracterizar os hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo;
- Avaliar a associação entre a presença de alterações em medidas antropométricas e presença de médio/alto risco de desenvolver uma doença cardiovascular;
- Identificar os fatores associados a risco médio/alto de desenvolver uma doença cardiovascular em dez anos dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;
- Identificar a prevalência de doença cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;
- Analisar a influência de doenças cardiovasculares prévias com novos fatores de risco estudados que podem estar associados ao desenvolvimento destas doenças;
- Diferenciar o perfil de risco cardiovascular entre homens e mulheres, associando aos fatores de risco apresentados;
- Comparar a estratificação do risco cardiovascular pela ERF com a predição por outros escores de risco.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

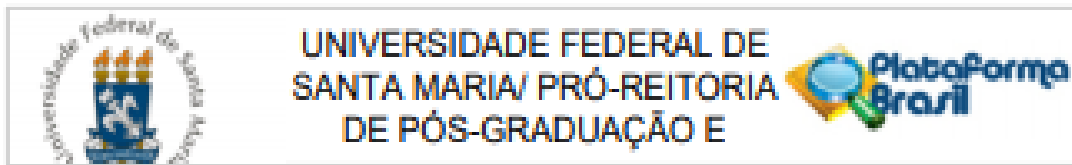
**Riscos:** a participação nesta pesquisa apresentará riscos mínimos para os participantes. Ao responder o questionário, o participante poderá sentir-se cansado. Ao final do questionário, se houver necessidade deverá apresentar exames laboratoriais que já tenha feito, ou no caso de não possuir estes exames serão solicitados exames laboratoriais para avaliação e diagnóstico da saúde. A coleta de sangue para a realização destes exames tem o desconforto da picada da agulha, podendo em alguns casos desenvolver mancha roxa no local.

**Benefícios:** esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prevalência de doenças cardiovasculares dos usuários da atenção básica do município de Santa Maria, permitindo que sejam traçadas ações em saúde específicas para o perfil da população do município.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (51)2220-9362 E-mail: csp.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Tanto o TC e o TCLE atendem as exigências do comitê de ética, bem como neles está bem claro quanto aos procedimentos da coleta de informações dos indivíduos pesquisados.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_768509.pdf	16/09/2016 14:16:06		Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_pesquisa.pdf	17/09/2016 21:23:15	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Outros	TC.pdf	17/09/2016 21:22:51	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/09/2016 21:21:22	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriz_instituicao.pdf	16/09/2016 09:41:30	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	24/08/2016 22:45:25	Gabriela Leal Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_2.jpg	23/08/2016 14:47:55	Gabriela Leal Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_1.jpg	23/08/2016 14:47:38	Gabriela Leal Neves	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

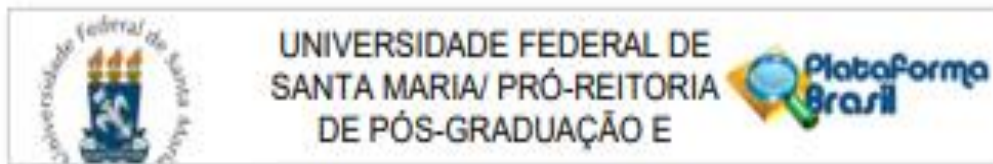
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3230-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.118

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

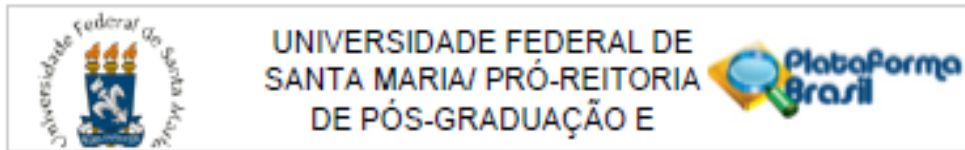
SANTA MARIA, 12 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2ª andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3320-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSM.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RISCO CARDIOVASCULAR E ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA ENTRE ADULTOS JOVENS DE SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** Maria Denise Schimith

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81628317.0.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

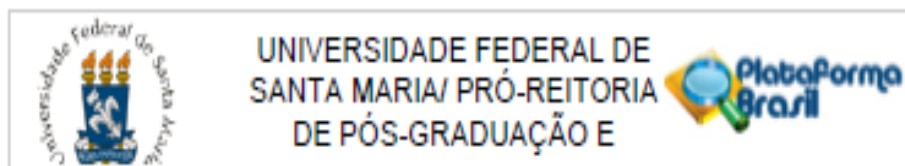
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.465.335

#### Apresentação do Projeto:

Houve um aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, como neoplasias, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias e cardiovasculares. Esses dados refletem a atual situação demográfica e social do Brasil, evidenciada por meio da transição demográfica acelerada, com a consequente elevação do número de pessoas com condições crônicas. Dessa forma, o estudo contempla o projeto matricial do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Práticas de Cuidado a Adultos, Idosos e Famílias nos diversos cenários de Atenção à Saúde. Tem-se como objeto de estudo: os fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica dos adultos jovens e como questão norteadora: "Quais os fatores de risco cardiovascular de adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e quais as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica dessa população no município de Santa Maria/RS". Este estudo tem a finalidade de identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal e descritivo, com abordagem mista. Destaca-se que os participantes deste estudo serão os adultos jovens da faixa etária de 20 a 29 anos. Além da análise estatística descritiva do banco de dados quantitativo do projeto matricial, também será realizada uma nova produção de dados qualitativos por meio de entrevistas semiestruturadas. Convém mencionar que os adultos jovens serão acessados mediante sorteio para manter a aleatoriedade. Nesse sentido, têm-se como critérios de inclusão: usuários de

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-070  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-0362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.405.335

ambos os sexos da Atenção Básica na zona urbana do município, ter de 20 a 29 anos de idade, e ter participado da pesquisa vinculada ao projeto matricial. São critérios de exclusão: ser gestante ou puerpera no período da coleta de dados. Salienta-se que a pesquisa respeitará os preceitos éticos dispostos na resolução n. 466/12. Diante do exposto, o presente estudo tem o intuito de contribuir para a qualificação da assistência à saúde prestada aos adultos jovens atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, bem como permitir que possam ser traçadas metas para prevenção e promoção de saúde a partir dos resultados deste estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

**GERAL:** Identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS.

**ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar o perfil sócio demográfico de adultos jovens que acessam os serviços de Atenção Básica do município de Santa Maria/RS;
- Identificar e analisar os fatores de risco cardiovascular entre adultos jovens;
- Compreender as condições de acesso de adultos jovens aos serviços de Atenção Básica do município de Santa Maria.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram avaliados no projeto, na Plataforma e TCLE. Contudo, neste último consta que o pesquisador "poderá suspender a entrevista, sem maiores prejuízos a você".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Parte da pesquisa será desenvolvida com dados de projeto matricial aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número de registro do CAAE 60159416.2.00005346. Outros dados serão coletados junto aos participantes.

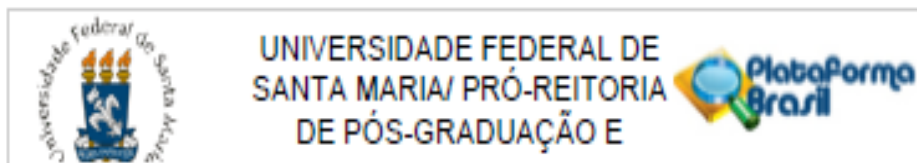
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: ok

Cronograma: ok

Orçamento: ok

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.405.335

Registro no GAP: ok

Autorização Institucional: ok (Secretaria da Saúde) - há uma pequena divergência no título.

Termo de confidencialidade: ok

TCLE: necessita de ajustes.

#### Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ajustar o TCLE: retirar a palavra "maiores" do trecho "poderá suspender a entrevista, sem maiores prejuízos a você". Indicar que "Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa".

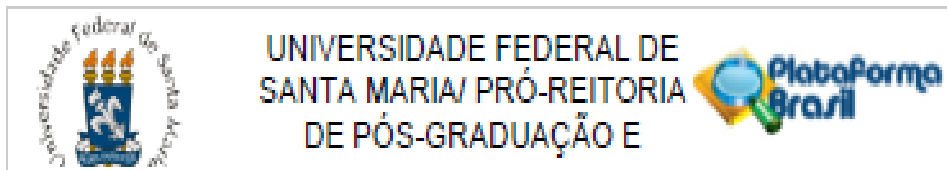
#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS DO PROJETO 1057199.pdf	29/12/2017 13:59:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Relatorio_GAP.pdf	29/12/2017 13:56:38	Vanessa do Nascimento Silveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Confidencialidade.pdf	29/12/2017 13:54:11	Vanessa do Nascimento Silveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Nepes.pdf	29/12/2017 13:53:07	Vanessa do Nascimento Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/12/2017 13:50:48	Vanessa do Nascimento Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	29/12/2017 13:44:45	Vanessa do Nascimento Silveira	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.405.335

Ausência	TCLE.pdf	29/12/2017 13:44:45	Vanessa do Nascimento Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostovanessa.pdf	21/12/2017 12:30:59	Maria Denise Schmith	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 11 de Janeiro de 2018

---

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3226-0382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO E – RELATÓRIO GAP

	Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	Data/Hora: 20/12/2017 14:26
	Projeto na Íntegra	Autenticação: 1EDA.3F5B.3F0D.4907.6A98.36C7.C867.5C2B Consulte em <a href="http://www.ufsm.br/autenticacao">http://www.ufsm.br/autenticacao</a>
<b>Título:</b> RISCO CARDIOVASCULAR E ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA ENTRE ADULTOS JOVENS DE SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL		
<b>Número:</b>	<b>Classificação:</b> Pesquisa	<b>Registrado em:</b> 20/12/2017
<b>Situação:</b> Em trâmite para registro	<b>Início:</b> 20/12/2017	<b>Término:</b> 05/08/2019
<b>Avaliação:</b> Avaliado		<b>Última avaliação:</b>
<p><b>Resumo:</b> Houve um aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, como neoplasias, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias e cardiovasculares. Esses dados refletem a atual situação demográfica e social do Brasil, evidenciada por meio da transição demográfica acelerada, com a conseqüente elevação do número de pessoas com condições crônicas. Dessa forma, o estudo contempla o projeto matricial do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Práticas de Cuidado a Adultos, Idosos e Famílias nos diversos cenários de Atenção à Saúde. Tem-se como objeto de estudo: os fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica dos adultos jovens e como questão norteadora: Quais os fatores de risco cardiovascular de adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e quais as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica dessa população no município de Santa Maria/RS. Este estudo tem a finalidade de identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal e descritivo, com abordagem mista. Destaca-se que os participantes deste estudo serão os adultos jovens da faixa etária de 20 a 29 anos. Além da análise estatística descritiva do banco de dados quantitativo do projeto matricial, também será realizada uma nova produção de dados qualitativos por meio de entrevistas semiestruturadas. Convém mencionar que os adultos jovens serão acessados mediante sorteio para manter a aleatoriedade. Nesse sentido, têm-se como critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos da Atenção Básica na zona urbana do município, ter de 20 a 29 anos de idade, e ter participado da pesquisa vinculada ao projeto matricial. São critérios de exclusão: ser gestante ou puerpera no período da coleta de dados. Salienta-se que a pesquisa respeitará os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/12. Diante do exposto, o presente estudo tem o intuito de contribuir para a qualificação da assistência à saúde prestada aos adultos jovens atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, bem como permitir que possam ser traçadas metas para prevenção e promoção de saúde a partir dos resultados deste estudo.</p>		
<p><b>Objetivos:</b> OBJETIVO GERAL Identificar e analisar a presença de fatores de risco cardiovascular e as condições de acesso aos serviços de Atenção Básica entre adultos jovens residentes no município de Santa Maria/RS. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Caracterizar o perfil sócio demográfico de adultos jovens que acessam os serviços de Atenção Básica do município de Santa Maria/RS; Identificar e analisar os fatores de risco cardiovascular entre adultos jovens; Compreender as condições de acesso de adultos jovens aos serviços de Atenção Básica do município de Santa Maria.</p>		
<p><b>Justificativa:</b> A mensuração do risco cardiovascular por meio da Escala de Risco de Framingham (ERF) pode auxiliar na prevenção primária das DCV (BRASIL, 2010), além de possibilitar que o profissional inserido na Atenção Básica desempenhe papel capaz de contribuir de forma efetiva, com respostas adequadas ao atual perfil epidemiológico do país, visando à redução da mortalidade por eventos cardiovasculares. Acredita-se que os</p>		

profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especificamente na Atenção Básica possam contribuir para organização da RAS e fortalecimento da comunicação intersetorial, ao utilizar protocolos baseados em evidências científicas e linhas de orientação para a prática clínica, ao atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no rastreamento de fatores de risco (FR), no tratamento e acompanhamento das condições crônicas (MENDES, 2012). De acordo com Levinson (1977) a fase que se concentra dos 17 aos 45 anos é considerada como a era da idade adulta jovem com o maior período de transições, é nesta etapa da vida que o adulto jovem enfrenta as decisões que permearão o seu processo de vida. Época em que são feitas escolhas em relação à profissão, valores, hábitos de vida e relacionamentos, além de ser a etapa que ele enfrenta inúmeras contradições e enfrentamentos pessoais e biopsicossociais. É de suma importância que o adulto jovem preserve sua saúde de forma a promover uma vida saudável, para alcançar a longevidade com qualidade em todos os aspectos. Dessa forma, a enfermagem e os serviços de Atenção Básica são essenciais no decorrer deste processo. Logo, o acesso aos serviços de saúde se torna relevante para contribuir com a ampliação e resolutividade da assistência à saúde, além da diminuição das iniquidades do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme ilustra o estudo realizado por Sousa (2008) que investigou 12 municípios pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. realizou-se uma busca das produções científicas defendidas e publicadas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) a fim de conhecer as publicações acerca da identificação e estratificação de risco cardiovascular nos adultos jovens. Conseqüente, observaram-se poucos estudos com essa população, especialmente na faixa etária de 20 a 29 anos. Identificou-se a ausência de estudos com abordagem de métodos mistos referentes à temática pesquisada, o que caracteriza uma lacuna na construção do conhecimento e uma necessidade de maior aprofundamento das percepções e significações dessa população quanto ao risco cardiovascular e o acesso aos serviços de saúde. Logo, a justificativa deste estudo dar-se-a frente a essa demanda de conhecimento e pela necessidade de se traçar um perfil epidemiológico dessa população no município de Santa Maria/RS.

**Resultados esperados:** O presente estudo tem o intuito de contribuir para a qualificação da assistência de saúde prestada aos adultos jovens atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, bem como permitir que possam ser traçadas metas para prevenção e promoção de saúde a partir dos resultados deste estudo.

**Fundação:** Não necessita contratar fundação

**Número na fundação:** Não se aplica

**Supervisor financeiro:** Não se aplica

**Proteção do conhecimento:** Projeto não gera conhecimento passível de proteção

**Tipo de evento:** Não se aplica

**Carga Horária:** Não se aplica

**Alunos matriculados:** Não se aplica

**Alunos concluintes:** Não se aplica

**Palavras-chave:** Fatores de risco, Doenças cardiovasculares, Acesso aos Serviços de Sa