



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHAREL EM ENFERMAGEM

WENDSON CAVALCANTE BERNARDINO

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL
CEARENSE**

ICÓ-CEARÁ
2018

WENDSON CAVALCANTE BERNARDINO

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL CEARENSE

Monografia submetida à disciplina de TCC II do Curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado - FVS, a ser apresentada como requisito para aquisição de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Esp. José Evaldo Gomes Júnior

WENDSON CAVALCANTE BERNARDINO

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL CEARENSE

Monografia submetida à disciplina de TCC II do Curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado - FVS, a ser apresentado como requisito para aquisição de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA AVALIADORA:

Prof . Esp José Evaldo Gomes Júnior
Faculdade Vale do Salgado – FVS
Orientador

Prof. Esp Georgy Xavier de Lima Souza
Faculdade Vale do Salgado – FVS
1º avaliador

Prof. Esp. Rayanne de Sousa Barbosa
Faculdade Vale do Salgado – FVS
2º avaliador

Dedico este trabalho à força maior que rege este universo. Aos meus pais (José & Zélia), que sempre me apoiaram nas minhas decisões. Aos meus professores no decorrer da graduação. Aos amigos que se fizeram presentes em diferentes momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Zélia dias, por estar presente nos momentos mais conturbados da minha vida e mesmo em meio aos surtos da adolescência/ faculdade, sempre estar preocupado com o meu bem estar, sendo compreensiva e cuidadora.

Em especial meu agradecimento ao meu orientador, Prof. José Evaldo Gomes Júnior, que me instruiu na construção deste trabalho e ao Prof. Otácio, por me ajudar na organização dos dados, bem como à minha banca avaliadora Prof. Rayanne Barbosa e Prof. Georgy Xavier pelas contribuições feitas.

Reitero os meus agradecimentos a todos os meus professores da graduação. Profissionais excelentes que me transmitiram um universo de novos conhecimentos durante esses cinco anos, me estimulando e me fazendo crescer também como ser humano. Agradeço a Prof. Kerma Márcia, que sempre esteve a disposição e me apoiou até mesmo em situações que não estavam diretamente ligadas à faculdade. Aos meus mestres Josué Barros Jr., Luzenir Alves, Cleciana Alves, Flórido Sampaio, Helton Colares, Elba Sobral, Caroline Torres, Marina Pessoa, Douglas Vieira, Roberta Peixoto, Raimundo Tavares, Úrsula Hérica, Riani Joyce e a todos os meus preceptores de estágio.

“Sempre que eu pensar no meu bem, vou colorir o dia, faço o céu de rosa e ninguém vai duvidar da vida.” (Silva). Agradeço ao meu companheiro, meu amigo, meu amor, Edimar Vilarouca, por ter marcado minha vida com momentos tão diferentes e por estar ao meu lado nas horas boas e ruins.

A todos os amigos que fiz durante a graduação, em especial a minha turma de estágio, Amanda Marques, Gêwada Marques e Lívia Bezerra e também à Bárbara Guedes, Ana Caroline, Thiago, Natália, Danielly, Rosangela, Viviane e Joana. Aos meus amigos da vida inteira Aluízio Macêdo, Adriano Macêdo e Felipe Cavalcante.

Por fim, agradeço a todos os profissionais que compõem a equipe da Faculdade Vale do Salgado, essa instituição que me abriu um leque de oportunidades e que forma anualmente profissionais qualificados, que além de aprenderem os conhecimentos técnicos também aprendem a ser humanos, a ter empatia, a exercer profissões que mudam suas vidas e também as vidas dos que estão ao seu redor.

Sou grato por todos os momentos que vivi nessa faculdade, os bons que me fizeram sorrir e os ruins que me fizeram crescer, evoluir.

“No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade.”

(Albert Einstein)

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1:	Relação do percentual referente a orientação sexual-----	24
Tabela 2:	Disposição do estado civil entre os pesquisados-----	24
Tabela 3:	Distribuição das faixas etárias-----	25
Tabela 4:	Estágios da pressão arterial-----	25
Tabela 5:	Associação entre o perfil com a pressão arterial dos pacientes-----	30
Gráfico1:	Distribuição percentual dos principais sinais e sintomas-----	26
Gráfico2:	Distribuição percentual dos exames-----	27
Gráfico3:	Distribuição percentual das medicações-----	28
Gráfico4:	Distribuição percentual de outras intervenções-----	29

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

Art.	Artigo da Constituição
Av.	Avenida
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CPF	Cadastro Nacional de Pessoa Física
DAC	Doença arterial coronariana
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Melitus
ECG	Eletrocardiograma
ED	Edição
ERF	Escore de Framingham
ENF	Enfermeiro
ESP	Especialista
FVS	Faculdade Vale do Salgado
HRI	Hospital Regional de Icó
HGT	Hemoglicoteste
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPA	Medida Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Medida Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
Km	Quilômetro
Nº	Número

PROF	Professor (a)
PA	Pressão arterial
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
RG	Registro Geral
SOCESP	Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
REV	Revista
UNILEÃO	Centro Universitário Dr. Leão Sampaio

RESUMO

BERNARDINO, Wendson Cavalcante; GOMES JÚNIOR, José Evaldo. **Perfil Clínico e Sociodemográfico de Pacientes Hipertensos Atendidos na Emergência de um Hospital do Centro-sul Cearense**. Monografia. 57f. (Faculdade Vale do Salgado). Curso de Bacharelado em Enfermagem, Icó-CE, 2018.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte no mundo todo, representando um grave problema de saúde pública. Estima-se que estas doenças são responsáveis por 63 % de todas as mortes ocorridas anualmente. Dentre estas patologias destacam-se as doenças cardiovasculares, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica, que quando não tratada corretamente pode levar ao desenvolvimento de quadros de urgência e emergência hipertensivas. Assim esta pesquisa teve como objetivo geral: analisar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes hipertensos atendidos na emergência de um Hospital Regional do centro-sul cearense; e como objetivos específicos: caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos sociodemográfico; identificar os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelos pacientes e conhecer as principais medicações e intervenções de tratamento. Para isto, foi realizado um estudo de natureza exploratória, com foco descritivo, embasado na metodologia de abordagem quantitativa, no Hospital Regional de Icó-Ceará. A população desta pesquisa foi composta por pacientes, admitidos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica no setor da urgência e emergência. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2018, através da análise dos prontuários dos pacientes com tabulação dos dados feita no programa Microsoft Excel 2010 e cálculos estatísticos realizados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 23.0. A pesquisa se realizou dentro dos termos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Leão Sampaio, com parecer (2.926.933) aprovado. Assim, a amostra desta pesquisa foi composta por 213 fichas de pacientes com diagnóstico de HAS. De acordo com os dados coletados a maioria era do sexo feminino, entre 51 e 70 anos de idade, casado. A maior prevalência foi de níveis tensionais no estágio II. Os principais sinais e sintomas registrados foram a cefaleia, a dispneia e agitação, vertigem e vômitos. Os principais exames solicitados foram o HGT e o ECG. Quanto às medicações, as mais prescritas foram o captopril, a furosemida, a dipirona, o AAS e o Diazepam. No que se refere às outras intervenções, a maioria correspondeu à aferição da PA após 10 minutos e a oxigenoterapia. Sugere-se a implementação do sistema de classificação de risco, bem como o registro efetivo que deve ser realizado pela enfermagem. Além disso, seria de suma relevância a informatização das informações de cada atendimento prestado.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Emergência. Hipertensão.

ABSTRACT

BERNARDINO, Wendson Cavalcante; GOMES JÚNIOR, José Evaldo. **Clinical and Sociodemographic Profile of Hypertensive Patients Served at a Hospital in the Center-South State of Ceará**, Monograph. 57f. (Faculdade Vale do Salgado). Bachelor's Degree in Nursing, Icó-CE, 2018.

The Non-communicable chronic diseases (NCDs) are the leading cause of death worldwide, representing a serious public health problem. It is estimated that these diseases account for 63% of all deaths occurring annually. Among these pathologies, cardiovascular diseases, especially Systemic Arterial Hypertension, are highlighted, which, when not properly treated, may lead to the development of hypertensive emergency and emergency situations. Thus, this research had as general objective: to analyze the clinical and sociodemographic profile of hypertensive patients attended in the emergency of a Regional Hospital of central-south of Ceará; and as specific objectives: to characterize the participants of the research regarding the sociodemographic aspects; identify the main clinical signs and symptoms presented by the patients and know the main medications and treatment interventions. For this, an exploratory study was carried out, with a descriptive focus, based on the methodology of quantitative approach, at the Regional Hospital of Icó-Ceará. The population of this research was composed of patients admitted with a diagnosis of systemic arterial hypertension in the emergency department. The data collection took place in the period of October 2018, through the analysis of patient charts with tabulation of the data made in the program Microsoft Excel 2010 and statistical calculations performed in the program Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 23.0. The research was carried out within the terms of resolution nº 466, of December 12, 2012 and was sent to the Ethics and Research Committee of the University Center Leão Sampaio, with an approved opinion (2,926,933). Thus, the sample of this research consisted of 213 records of patients with a diagnosis of Systemic arterial hypertension (SAH). According to the data collected the majority were female, between 51 and 70 years of age, married. The highest prevalence was of blood pressure levels in Stage II. The main signs and symptoms recorded were headache, dyspnoea and restlessness, vertigo and vomiting. The main tests requested were Capillary blood glucose test and electrocardiogram. As for the medications, the most prescribed were captopril, furosemide, dipyrone and Diazepan. With regard to the other interventions, the majority corresponded to Blood pressure measurement after 10 minutes and oxygen therapy. It is suggested the implementation of the risk classification system, as well as the effective registration that must be performed by nursing. In addition, it would be extremely important to computerize the information of each service provided.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Emergency. Hypertension.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CORAÇÃO	16
3.2	DOENÇAS CARDIOVASCULARES	17
3.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	19
3.3.1	Epidemiologia	19
3.3.2	Sinais e sintomas	21
3.3.3	Exames e diagnóstico	21
3.3.4	Tratamento Clínico	23
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE ESTUDO	26
4.2	LOCAL DO ESTUDO	26
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	27
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	28
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	28
4.6.1	Riscos	28
4.6.2	Benefícios	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES	46
	APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	47
	APÊNDICE B- TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	47
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	52
	ANEXOS	53
	ANEXO A- FICHA DE ATENDIMENTO	54
	ANEXO B- PLANILHA MICROSOFT EXCEL 2010	55
	ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	56

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte no mundo todo, representando um grave problema de saúde pública. Estima-se que estas doenças são responsáveis por 63 % de todas as mortes ocorridas anualmente. A cada três mortes que ocorrem, duas têm como causa base as DCNT, sendo que mais de 80% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento e atingem principalmente indivíduos em idade produtiva, menores de 60 anos (GOULART, 2013).

Dentre as DCNT destacam-se as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças musculoesqueléticas e doenças respiratórias. No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis; plano esse que visa a diminuição da incidência e prevalência dessas doenças através do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas que atuem de forma efetiva no controle dessas patologias (BRASIL, 2013a).

Cerca de 50% das mortes causadas por DCNT são atribuídas as doenças cardiovasculares, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular encefálico (AVE) e insuficiência cardíaca (GOULART, 2013).

Segundo dados do DATASUS (2013) o número de óbitos por doenças do aparelho circulatório na população brasileira foi de 339. 672 sendo que houve 106.788 mortes por doenças isquêmicas em todo país (BRASIL, 2013b).

Os altos índices de ocorrência desse grupo de doenças estão relacionados com os aspectos de estilo de vida atuais. Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, pode-se citar o sedentarismo, a alimentação inadequada, a dislipidemia, a obesidade e o tabagismo (BRASIL, 2016a).

A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco cardiovascular. Apesar disso, essa doença costuma ser negligenciada devido a característica clínica de ser assintomática e não provocar danos imediatos a saúde após a interrupção do tratamento (BRASIL, 2016b). De acordo com uma revisão sistemática realizada em 44 estudos de 35 países diferentes, a hipertensão arterial estava presente em 37,8% dos homens e em 32,1% nas mulheres (PEREIRA et al., 2009).

No Brasil, a hipertensão arterial atinge uma grande parcela da população, são mais de 36 milhões de indivíduos adultos portadores, mais da metade da população idosa, sendo responsável por cerca de 50% dos agravos e mortes causadas por doenças do sistema circulatório. Suas complicações em conjunto com os danos da Diabetes Mellitus, causam anualmente grande impacto na produtividade trabalhista e conseqüentemente na renda das famílias brasileiras, com um déficit de 4,18 bilhões de reais entre os anos de 2006 e 2015 (BRASIL, 2016a).

Apesar de ser uma doença com diagnóstico relativamente simples, e possuir tratamento medicamentoso para seu controle disponibilizado gratuitamente, observa-se uma problemática no que diz respeito a adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida. O que corrobora com os altos índices de complicações cardiovasculares causados por Hipertensão Arterial descontrolada, levando ao desenvolvimento de quadros de urgência e emergência hipertensivas. Um estudo que analisou os índices de controle da pressão arterial nas publicações brasileiras mostrou que na maioria, menos da metade dos portadores possuíam suas pressões controladas (PINHO, 2013).

Nesse contexto, surgiram as seguintes questões: qual o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos no setor da emergência? Qual o perfil clínico desses pacientes hipertensos atendidos na emergência? Quais as principais medicações e demais intervenções voltadas para esta população?

O anseio para o desenvolvimento do presente estudo se deu devido a constatação da grande prevalência das doenças cardiovasculares, em especial da hipertensão arterial, no que diz respeito aos agravos e conseqüências clínicas de tal patologia, representando um risco de morte eminente, principalmente nos episódios de pico hipertensivo, que podem desencadear outras complicações. Precisando, dessa forma, de uma assistência à saúde com precisão.

A pesquisa se torna relevante, pois permitiu uma análise que poderá servir de base para medidas preventivas, tornando-se importante para os gestores, e para uma adequação dos atendimentos voltados para esta população. Salienta-se também, a importância deste estudo no que se refere a produção científica, pois os dados nele coletados poderão dar embasamento para outras pesquisas realizadas na área. Além de proporcionar maior capacitação de estudantes como também de profissionais da área da saúde em atender essa demanda de pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos no setor da emergência;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos sociodemográfico;
- Identificar os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelos pacientes;
- Conhecer as principais medicações e intervenções de tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CORAÇÃO

O sistema cardiovascular é formado pelo coração, bomba propulsora da corrente sanguínea, e por um conjunto de veias, artérias e capilares. Através dos diversos mecanismos de excitação/contração muscular, este sistema permite que o sangue e seus nutrientes cheguem aos diferentes tecidos do organismo (SILVERTHON et al., 2015).

O Coração é um órgão composto por quadro câmaras, dois átrios e dois ventrículos. O retorno venoso através das veias cavas superior e inferior enche o átrio direito que funciona como bomba de escova, e posteriormente, através da valva tricúspide, segue para o ventrículo direito; este último, ao sofrer o processo de sístole, propulsiona o sangue através do tronco pulmonar em direção as artérias pulmonares e subseqüentemente para os pulmões, onde é oxigenado. O sangue rico em oxigênio retorna para o átrio esquerdo através das veias pulmonares; no momento da sístole ele é expulso através da valva bicúspide em direção ao ventrículo esquerdo, que ejeta o sangue para a artéria aorta, o distribuindo, através dos seus diversos ramos, para todos os tecidos (SILVERTHON et al., 2015).

Entre as fibras cardíacas encontram-se diversas junções comunicantes (*gap junctions*), permitindo a difusão quase que instantânea dos íons, e uma despolarização simultânea. Esta configuração confere ao músculo cardíaco a característica de funcionamento sincicial, com propagação do potencial de ação de forma rápida entre as fibras circunvizinhas. O sincício atrial é separado do sincício ventricular por tecido fibroso; configuração esta, importante, pois permite que os átrios se contraíam antes que os ventrículos, proporcionando um bombeamento eficiente (HALL, 2017).

A geração do impulso elétrico, subseqüentemente o processo de excitação/contração do músculo cardíaco, é feita através de um sistema de fibras excitatórias e condutoras especializadas. O nodo sinusal, localizado na parede póstero-lateral superior do átrio direito, é responsável por gerar, de forma espontânea, o impulso rítmico. Este é transferido através dos feixes de fibras intermodais até o nodo atrioventricular, onde sofre um pequeno retardo antes de ser transferido para os ventrículos; passando em seguida para o feixe atrioventricular que o conduz dos átrios para os ventrículos e para os ramos direito e esquerdo das fibras de Purkinje, havendo, por fim, uma propagação por todo o sincício ventricular (HALL, 2017).

O funcionamento correto desse órgão é essencial para manutenção da homeostasia do organismo; entretanto, na sociedade atual, os índices de disfunções que atingem o coração e o sistema cardiovascular como um todo, são os maiores entre todas as doenças. Patologias como a HAS, disfunções valvares, o infarto agudo do miocárdio, e a aterosclerose, atingem uma grande parcela da população mundial (ABBAS; KUMA; FAUSTO, 2013).

3.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Durante muito tempo, a compreensão das doenças cardiovasculares foi pouco definida. A aterosclerose, uma das principais condições clínicas envolvidas na base do desenvolvimento de disfunções do aparelho circulatório, já causava danos à saúde do ser humano antes mesmo do período neolítico, como demonstraram estudos realizados em fósseis encontrados no Peru, Alasca e Egito (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

As diversas modificações que ocorreram entre os séculos XIX e XXI, como a maior facilidade para a obtenção de alimentos, mudanças demográficas, urbanização e a diminuição das mortes relacionadas à doenças infecciosas e traumas, trouxeram as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no mundo todo. Em contrapartida, os avanços no campo da clínica médica, da patologia, da fisiologia e da epidemiologia, possibilitaram um avanço para a prevenção, diagnóstico e tratamento de tais enfermidades (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

Este grupo de doenças é responsável por elevados gastos em hospitalização e tratamento, representando um grande problema de saúde pública. Entre as DCV que mais atingem a população mundial, destacam-se a HAS, doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, arritmias, doenças valvares, infarto agudo do miocárdio, dentre outras (IGLESIAS, 2010).

Os índices elevados de morbimortalidade destas doenças estão presentes tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. E o aumento de sua incidência bem como os impactos sociais que elas causam, têm sido objetos de estudos no mundo todo (BARBOSA, 2015).

Nos Estados unidos, aproximadamente 40 % de todas as mortes são causadas por distúrbios no sistema cardiovascular, sendo que quase 25% destas mortes são prematuras, ocorrendo em pessoas com idade menor que 75 anos. São cerca de 750.000 mortes por ano, o que equivale a uma taxa de mortalidade 50% maior do que todos os tipos de câncer juntos. A cardiopatia isquêmica é a forma mais prevalente deste grupo de doenças e causa um impacto

econômico que é superior a 100 milhões de dólares por ano (ABBAS; KUMA; FAUSTO, 2013).

Segundo dados do DATASUS, as DCV correspondem a uma das principais causas de morte no Brasil, sendo que em 2013 a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório chegou a 40 %, e no Ceará este índice foi de 39%. Foram registrados 289.000 óbitos por disfunções cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

Os altos índices de morbidade e mortalidade estão relacionados aos fatores de risco referentes aos hábitos de vida e/ou não adesão ao tratamento medicamentoso. Os fatores de risco para DCV podem ser modificáveis ou não modificáveis. Dentre os modificáveis pode-se citar obesidade, sedentarismo, hiperglicemia, etilismo, tabagismo e o uso de contraceptivos; e os não modificáveis incluem idade, sexo, raça e histórico familiar de DCV (SMELTZER et al., 2014).

Com envelhecimento populacional vivenciado nas últimas décadas, a incidência e a prevalência destas doenças tendem a aumentar cada vez mais. Além do aumento da expectativa de vida, outros fatores que influem nas estatísticas de desenvolvimento destas patologias são a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o Ministério da Saúde implantou desde 2006 o sistema Vigitel, que visa a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas através da realização de entrevistas telefônicas. São feitas cerca de 54 mil entrevistas anuais, com questionários para investigar a frequência de fatores de risco e morbidade em adultos, maiores que 18 anos (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

Dados do último Vigitel (2016), quando comparados com a primeira análise de 2006, apontam uma diminuição no hábito de fumar (de 15,7% para 10,2%). Quanto ao excesso de peso (IMC >25 kg) e obesidade (IMC >30 kg), verifica-se uma piora, respectivamente, de 42,6 % para 53,8% e de 11,8% para 18,9%. No que se refere aos fatores de proteção alimentar, observa-se uma melhora em relação ao ano de 2008: o percentual de indivíduos que consomem regularmente frutas e hortaliças aumentou de 33,0% para 35,1%, e a proporção da população com consumo recomendado de frutas e hortaliças aumentou de 20,0% para 24,4%. Em relação a prática de atividade física, 45,1 % da população adulta estudada não praticava nenhum tipo de exercício físico nos níveis recomendados (BRASIL, 2016a).

Estes dados permitem uma análise do perfil dos hábitos de vida da população brasileira; junto com outros programas e políticas de saúde tornam-se primordiais para um

diagnóstico efetivo da atual situação de riscos cardiovasculares modificáveis e podem servir como guia para medidas preventivas (BARBOSA, 2015).

Outra medida importante é a identificação dos indivíduos que possuem maior probabilidade de desenvolver tais doenças, com base no escore de estratificação de risco cardiovascular. O escore de Framingham (ERF) é utilizado no Brasil e em outros países do mundo, para a classificação do risco cardiovascular na população em geral, estimando o risco global de desenvolver doenças do aparelho circulatório em 10 anos (XAVIER, et al., 2013).

Entretanto, verifica-se a possibilidade de haver uma certa subjetividade no que se refere a classificação dos indivíduos, tendo em vista a análise intuitiva dos valores e a não associação entre o baixo risco e o alto risco na evolução do diagnóstico situacional. Apesar disso, a análise epidemiológica das DCV bem dos fatores de risco associados faz-se importante na atenção à saúde da população, considerando as variáveis que compõem cada grupo de risco (GOULART, 2013).

De acordo com Barbosa (2015) o sexo masculino tem maior propensão para o desenvolvimento de alterações cardiovasculares, entretanto, o índice de risco cardiovascular tende a se igualar para as mulheres após a menopausa, devido a diminuição do hormônio estrogênio (que confere proteção cardiovascular).

As disfunções no sistema circulatório levam ao desenvolvimento, quando não tratadas corretamente, de outros agravos. A doença hipertensiva é responsável por cerca de 5 % dos óbitos causados por DCV e representa o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de outras patologias circulatórias. Aproximadamente 80% são mortes causadas por AVE e 40% por doença coronariana, tendo como uma das causas base a HAS (RIBEIRO et al., 2016).

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

3.3.1 Epidemiologia

A Hipertensão arterial sistêmica é caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. É uma doença de origem multifatorial e que atinge grandes contingentes populacionais, representando uma ameaça constante aos seus portadores. É agravada, principalmente, quando associada com outros fatores de risco, como a dislipidemia e a diabetes mellitus (WEBER et al., 2014).

A maioria dos casos de hipertensão é referida como “hipertensão essencial”, condição idiopática, e que quando tratada corretamente, não leva a morte brusca do indivíduo, a não ser em casos de complicações como AVE e o infarto agudo do miocárdio. O segundo maior grupo corresponde a hipertensão secundária, que está relacionada a distúrbios no sistema renal e suprarrenais, como no caso de tumores suprarrenais que aumentam a liberação de aldosterona, a reabsorção de sódio e água, e, por conseguinte o volume plasmático e a pressão sanguínea. Outra pequena parcela corresponde aos casos que têm como causa base alterações genéticas (ABBAS; KUMA; FAUSTO, 2013).

Cerca de 12 % da população hipertensa possui a chamada Hipertensão Arterial Resistente, a qual não é controlada mesmo com a associação de três ou mais fármacos anti-hipertensivos. Desses, estima-se que 3,6 % sejam casos de hipertensão refratária, que não é controlada mesmo com o uso de cinco ou mais medicamentos anti-hipertensivos (CALHOUN et al., 2014).

No Brasil, essa doença apresenta com alta prevalência, estima-se que aproximadamente 30% da população adulta seja hipertensa. O grupo mais atingido são os idosos, que têm uma maior propensão para o desenvolvimento da HAS devido as alterações vasculares que ocorrem com a idade (PICON et al., 2012).

Na pesquisa realizada nas 27 capitais dos estados brasileiros pelo sistema Vigitel 2016, 25,7% da população entrevistada referiu possuir diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo maior no sexo feminino (27,5%) do que no masculino (23,6%). Verificou-se que o relato de diagnóstico aumentou com a idade e foi mais prevalente na população com baixa escolaridade (BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde brasileiro vem implantando medidas como forma de controle da hipertensão arterial. Na atenção primária, o programa Hiperdia, visa oferecer um atendimento integral a essa população e também aos portadores de diabetes mellitus, realizando um acompanhamento contínuo, com o fito de atender as necessidades dos pacientes e evitar possíveis complicações (BRASIL, 2013a).

De acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) as internações devido a emergências e urgências hipertensivas apresentam uma tendência de redução; em 2000 foram 98,1/100.000 habitantes e em 2015 essa taxa caiu para 44,2/100.000 habitantes (BRASIL, 2016b).

Apesar da diminuição das internações, a hipertensão arterial ainda representa um grave problema de saúde pública. No ano de 2016, o Brasil apresentava 126 milhões de hipertensos cadastrados, e no ano de 2017 foram registradas 69.146 mil internações

hospitalares devido as crises hipertensivas, sendo que dessas, 25.736 ocorreram na região nordeste (BRASIL, 2017).

3.3.2 Sinais e sintomas

Muitas vezes referida como “assassino silencioso”, a Hipertensão Arterial Sistêmica comumente não apresenta uma sintomatologia clínica. No exame físico, pode não haver nenhuma alteração, além dos níveis elevados da pressão arterial. Apesar disso, quando não controlada, esta doença pode se manifestar, por exemplo, por alterações na retina, como pequenas hemorragias, e manchas algodanosas, causadas por pequenos infartos e consequente formação de exsudato (SMELTZER, 2014).

A cefaleia suboccipital pode estar presente em muitos pacientes hipertensos; na maioria das vezes caracteriza-se por iniciar no período da manhã e ir desaparecendo no decorrer do dia. Entretanto, esse sintoma pode estar associado a outras condições, como episódios de estresse, e apresentar comportamento clínico diferenciado (OIGMAN, 2014).

Nos casos de hipertensão com evolução acelerada, os pacientes podem desenvolver um quadro de encefalopatia, caracterizado por edema cerebral e vasoconstricção arterial, associando-se com sonolência, confusão mental, náuseas e vômitos (OIGMAN, 2014).

Nas emergências hipertensivas, os sinais e sintomas clínicos são de acordo com os danos aos órgãos-alvo específicos e as alterações nos sistemas cardiovascular, cerebral e renal (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

Nas crises hipertensivas com lesão a órgãos-alvo, pode haver acometimento neurológico, renal, hepático e/ou cardíaco. O paciente pode desenvolver crises convulsivas, alterações na visão e insuficiência renal e hepática. Nesses casos, salienta-se a importância de um atendimento ágil, com controle medicamentoso dos níveis pressóricos (BRASIL, 2016b).

3.3.3 Exames e diagnóstico

Na avaliação inicial de um paciente hipertensivo, deve-se realizar uma anamnese e exame físico completo; o diagnóstico deve ser confirmado através de um acompanhamento contínuo, com a medição controlada dos níveis pressóricos, e a busca por uma causa secundária deve ser feita através de solicitações de exames complementares. Além disso, é

importante que seja estabelecido o risco cardiovascular e os possíveis danos aos órgãos- alvo (BRASIL, 2016b).

A aferição da pressão arterial deve ser feita em ambiente tranquilo, com equipamentos adequados e calibrados. O paciente deve estar em repouso há pelo menos 3 ou 5 minutos, não deve estar com a bexiga cheia, não deve ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos, nem praticado atividade física nos últimos 60 minutos. Deve-se orientar a não conversação no momento da aferição, e averiguar o posicionamento correto do paciente: Braço no nível do coração, com a palma da mão voltada para cima, sem roupas garroteando o membro; as pernas devem estar descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso relaxado e recostado (BRASIL, 2016b).

Os valores pressóricos podem sofrer alterações dependendo do local onde a aferição foi feita. A referida hipertensão do avental branco, é uma condição caracterizada por níveis elevados de PA quando aferida por profissionais da saúde, mas com um valor normotenso na medida residencial da pressão arterial (MRPA). A automedicação dos níveis pressóricos, portanto, deve ser estimulada para uma melhor análise clínica da situação, principalmente no que se refere às medidas terapêuticas estabelecidas (O'BRIEN et al., 2013).

A medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) corresponde a outra forma de diagnosticar a real condição dos pacientes. Ela é realizada através de uma análise contínua, durante 24 horas, dos valores pressóricos; permite a avaliação da PA durante as atividades habituais do paciente e durante o sono. A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial determina como valores para o diagnóstico de HAS através dessa técnica os seguintes níveis pressóricos: Vigília PAS \geq 135 e/ou PAD \geq 85; Sono PAS \geq 120 e/ou PAD \geq 70; 24 horas PAS \geq 130 e/ou PAD \geq 80 (BRASIL, 2016b).

Alguns pacientes são diagnosticados como pré- hipertensos, tendo a PAS entre 121 e 139 e/ou a PAD entre 81 e 89 mmHg. Esses pacientes apresentam um risco cardiovascular maior do que os indivíduos normotensos, necessitando de um acompanhamento para a prevenção da hipertensão arterial propriamente dita, bem como de possíveis complicações cardiovasculares (ALESSI et al., 2014).

Considera-se hipertensão sistólica isolada se a PAS \geq 140 mm Hg e PAD $<$ 90 mm Hg. A HAS deve ser classificada, ainda, em estágio I (PAS 140-159 mm Hg /PAD 90-99 mmHg), estágio II (PAS 160-179 mm Hg /PAD 100-109 mm Hg) e estágio III (PAS \geq 180 mm Hg / PAD \geq 110 mm Hg), com diagnóstico seguido de um tratamento adequado a cada paciente (BRASIL, 2016b).

Além da aferição da pressão arterial, outros exames podem ser solicitados para a averiguação de possíveis danos secundários a órgãos-alvo, tais como o exame de fundo de olho, urina, bioquímica do sangue e eletrocardiograma de 12 derivações. A presença de hipertrofia do ventrículo esquerdo pode ser verificada através de uma ecocardiografia, e lesões no sistema renal podem ser averiguadas através da análise dos níveis de ureia e creatinina (SMELTZER et al., 2014).

O hipertenso deve ser visto como um paciente portador de uma síndrome, no qual os valores das pressões diastólica e sistólica representam apenas uma parte do problema a ser enfrentado. Deve-se estabelecer um cuidado de forma holística, buscando atender as necessidades específicas dos indivíduos, realizando orientações sobre mudanças no estilo de vida e associando a melhor terapêutica farmacológica para cada paciente (PORTO, 2017).

3.3.4 Tratamento Clínico

Até meados de 1950, não havia fármacos disponíveis para o tratamento da HAS. O desenvolvimento desses medicamentos representou um marco importante para o controle e a prevenção de complicações cardiovasculares. A associação da mudança no estilo de vida com a utilização de agentes anti-hipertensivos é primordial para a redução dos níveis pressóricos e para a prevenção de lesões em órgãos-alvo (RANG et al., 2011).

Os fármacos anti-hipertensivos podem ser classificados em quatro categorias: os diuréticos, que agem aumentando a diurese e a natriurese; os agentes simpatomiméticos que reduzem a resistência vascular periférica aumentam a capacitância venosa e diminuem o trabalho cardíaco; os vasodilatadores diretos, que causam vasodilatação, aumentam a capacitância vascular e diminuem a resistência; e os bloqueadores da angiotensina, que interferem no sistema renina- angiotensina- aldosterona, diminuindo o volume plasmático e a resistência vascular endotelial (KATZUNG; MARTERS; TREVOR, 2014).

A monoterapia com diuréticos pode ser eficaz no controle da hipertensão essencial leve a moderada. Estes fármacos reduzem de 10 a 15 mmHg na maior parte dos pacientes. Os diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida, são indicados para casos com elevação leve e moderada dos níveis pressóricos, sem danos renais e/ou cardíacos; na hipertensão grave, faz-se necessário a utilização de diuréticos mais potentes, como a furosemida (que atua na alça de Henle) em associação com vasodilatadores e simpaticoplégicos. Esta associação é importante, pois estes últimos aumentam a retenção de sódio, necessitando, portanto de uma contra regulação (KATZUNG; MARTERS; TREVOR, 2014).

Os anti-hipertensivos simpatomiméticos atuam em diferentes locais do arco-reflexo simpático. Os principais representantes desse grupo são a *alfa*-metildopa e a clonidina. A *Alfa*-metildopa produz um produto que substitui a norepinefrina nas sinapses periféricas, entretanto, seu efeito hipotensor parece estar relacionado à estimulação de receptores alfa-adrenérgicos centrais. A clonidina age nos receptores alfa-adrenérgicos no bulbo e nas arteríolas periféricas, diminuindo a resposta simpática e, por conseguinte, os níveis pressóricos (ALMEIDA, 2014).

A hidralazina, o nitroprussiato de sódio e o minoxidil são exemplos de vasodilatadores diretos. A Hidralazina pode apresentar alguns efeitos adversos, como cefaleia e taquicardia, e, portanto, deve ser prescrita com cautela para pacientes com histórico de doença arterial coronariana, ou hemorragia encefálica. E o minoxidil pode acarretar taquicardia e o desenvolvimento de hirsutismo em aproximadamente 80% dos usuários. Outro agente desse grupo é o diazóxido, administrado por via parenteral, e utilizado em algumas situações de emergências hipertensivas (BRASIL, 2016b).

Os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona podem surtir seus efeitos iniciais em diferentes locais da via, através da inibição da enzima conversora de angiotensina II (como o captopril e o benazepril), bloqueando os receptores de angiotensina (como o losartano e a valsartano) e os da aldosterona (p. ex. espironolactona) ou diretamente na inibição da enzima renina (p. ex. arisquileno) (KATZUNG; MARTERS; TREVOR, 2014).

Um estudo que analisou o acesso e a utilização dos medicamentos hipertensivos no Brasil, mostrou que 93,8% dos pacientes hipertensos possuíam prescrição de medicamentos para controle da PA, e desses 97,9% estavam utilizando as medicações no momento da entrevista. Cerca de 56,0 % dos fármacos tinham sido obtidos no SUS, sendo os mais utilizados a Hidroclorotiazida, losartana, captopril, enalapril e o atenolol. 36,1% dos indivíduos usavam dois fármacos por dia e 13,5% utilizavam três ou mais medicamentos para o controle dos níveis pressóricos (MENGUE et al., 2016).

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode estar relacionada a vários fatores, como a necessidade crônica de controle, a ausência de sintomatologia e os efeitos adversos de algumas medicações. Relacionando-se também, com as perspectivas de vida do paciente, variáveis sociodemográficas, crenças e valores e a relação estabelecida com a unidade de saúde onde são realizados os seus atendimentos (LO et al., 2016).

Antes do desenvolvimento dos agentes anti-hipertensivos, cerca de 7 % da população hipertensa mundial evoluía para um quadro de crise hipertensiva. Atualmente, estima-se que 1 % da população de hipertensos, no decorrer de suas vidas, passe por um quadro de urgência

e/ou emergência hipertensivas, condições que requerem intervenções clínicas imediatas e que podem levar a morte rapidamente (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

Nas urgências hipertensivas, deve-se primeiramente manter o paciente em um período de observação, em um local calmo, para que seja feita a análise clínica e descartada uma possível pseudocrise. O captopril, a clonidina e os betabloqueadores são os fármacos corriqueiramente utilizados para diminuir os níveis pressóricos em 24 a 48 horas. Fármacos que causam a diminuição brusca da PA como o nifedipino em gotas rápidas, devem ser evitados, pois podem causar hipotensão grave, levando à isquemia tecidual (BRASIL, 2016b).

Nas emergências hipertensivas, o controle dos níveis pressóricos deve ser realizado rapidamente; o paciente deve ser admitido na UTI e receber anti-hipertensivos intravenosos, oxigenoterapia, e outros fármacos, dependendo do órgão-alvo afetado. Para um diagnóstico conciso da situação, os exames complementares fazem-se necessários, pois a decisão terapêutica deve ser adequada a condição clínica geral apresentada pelo paciente. Os valores da pressão arterial devem ser monitorados continuamente, pois a possibilidade do desenvolvimento de um quadro de hipotensão está presente (BRASIL, 2016b).

A abordagem medicamentosa do paciente na emergência hipertensiva é essencial para o controle das lesões em órgãos-alvo. Entre os fármacos mais utilizados, encontram-se o nitroprussiato de sódio, diazóxido, labetalol, nitroglicerina, hidralazina, trimetafan, fenolamina, nicardipina, fenoldopam e o verapamil. Deve-se buscar a diminuição rápida, mas de forma gradual, dos níveis pressóricos (PORTO, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa.

A pesquisa exploratória implica o desenvolvimento de assuntos de uma forma mais ampla, permitindo uma maior integração do autor com a temática abordada. São analisados todos os determinantes envolvidos em uma dada condição, para que dessa forma fique mais claro a problemática em questão, servindo de fomento para estudos futuros e de alicerce para soluções mais concretas (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva tem embasamento na observação, descrição e registro das informações coletadas de um determinado grupo e/ou fenômeno. Primeiramente observa-se a variável de interesse e depois a relaciona com outras perspectivas e conhecimentos, sem dar margem a subjetividade, descrevendo a real situação da população do estudo (MARCONI; LAKATUS, 2017).

A abordagem quantitativa tem por essência o relato de um quantitativo numérico, estabelecendo um raciocínio dedutivo lógico e avaliando hipóteses a partir das variáveis numéricas. Dessa forma, permite a análise dos fenômenos mensuráveis, com perspectiva comparativa (ANDRADE, 2001).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional de Icó. O referido hospital está localizado na Av. Josefa Nogueira Monteiro, s/n, Centro, Icó – CE. O hospital regional Prefeito Walfrido Monteiro Sobrinho pertence a 17 microrregional de saúde e abrange os municípios de Icó, Orós, Umari, Cedro, Ipaumirim, Baixio e Lavras da Mangabeira, com uma população total de 170.072 habitantes, oferecendo atendimento 24 horas ambulatorial, urgência e emergência, internação e demanda espontânea. Sua estrutura é composta por centro obstétrico, centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica médica, setor de Urgência e Emergência, laboratório, farmácia, com apoio terapêutico e diagnóstico (IBGE, 2017).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população desta pesquisa foi composta por pacientes, admitidos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência, no período de Julho de 2017 a Dezembro de 2017. Para compor a amostra, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de HAS, de ambos os sexos e na faixa etária de 30 a 90 anos. Esse intervalo é respaldado em decorrência de ser a idade mais prevalente em desenvolver essa doença (BRASIL, 2016b). Já os critérios de exclusão foram pacientes com hipóteses diagnósticas inconclusivo, com prontuários de atendimento incompleto e ilegível. Salienta-se a dificuldade na coleta dos dados, devido não haver um sistema informatizado e organizado, além de não ser estabelecido o registro de enfermagem.

O levantamento do quantitativo foi feito na própria instituição de saúde, no setor responsável por guardar as fichas desses pacientes. A amostra foi obtida a partir da liberação da pesquisa com a assinatura do termo de anuência e fiel depositário. Foram localizadas 332 fichas cujos pacientes tiveram diagnóstico de HAS e encontravam-se dentro dos critérios de inclusão; aplicando-se os critérios de exclusão, 63 foram excluídos por não haver o registro das informações pertinentes à pesquisa, 22 por possuírem registro ilegível, 34 por possuírem informações incompletas, restando um total de 213 prontuários.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados foram às informações contidas nas fichas de Atendimento (ANEXO A) e organizadas através da planilha do programa Microsoft Excel 2010 (ANEXO B), para tabulação dos dados clinico-demográficos pertinentes da pesquisa. Essa etapa foi dividida em dois momentos. O primeiro constituiu na entrega e assinatura do Termo de Anuência (APÊNDICE A) e de Fiel Depositário (APÊNDICE B) para a autorização da pesquisa na referida unidade, bem como a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) e após leitura minuciosa e concordando com o TCLE, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido - TCPE (APÊNDICE D). Já o segundo momento foi composto da coleta propriamente realizada, onde se disponibilizou uma sala para realização da coleta de dados durante o período determinado pela coordenadora do HRI de 7h as 11h da manhã e de 14h as 17h da tarde. O período da coleta compreendeu no mês de Outubro de 2018.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados constituiu em traçar o perfil clínico-demográfico, quanto os sinais e sintomas, estágios de HAS, principais medicações e intervenções, exames, faixa etária, estado civil e gênero. Através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 23.0, realizando o cruzamento desses dados e medidas de tendência central, demonstrando em gráficos e tabelas de distribuição de frequência. A partir da obtenção dos dados foi realizada a discussão a luz da literatura científica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa se realizou dentro dos termos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre o regulamento de pesquisas realizadas com seres humanos. Esta resolução visa garantir os direitos e os deveres dos participantes, pesquisadores e estado, estabelecendo princípios de bioética, tais como beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILEÃO localizada à Av. Leão Sampaio km 3 – Lagoa Seca, Juazeiro do Norte Ceará para averiguação dos dados coletados na pesquisa, tendo o parecer (2.926.933) de aprovação (ANEXO C). A identidade dos indivíduos cujos dados foram analisados foi totalmente preservada, e a pesquisa só foi realizada após a assinatura dos termos já mencionados.

4.6.1 Riscos

O presente estudo possuiu risco mínimo, considerando que foi realizado através da análise de prontuários. Os pacientes que tiveram seus dados analisados poderiam apresentar alguma apreensão ou medo em relação ao sigilo das informações coletadas. No entanto, para cessar ou diminuir esses sentimentos, houve um diálogo prévio com o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, sua relevância e a garantia do sigilo das informações coletadas. Vale ressaltar que a consulta ao material foi feita na referida instituição hospitalar, não necessitando a saída dos prontuários do devido local da pesquisa.

4.6.2 Benefícios

Os dados coletados neste estudo permitiram uma análise do perfil dos pacientes hipertensos atendidos na urgência e emergência do Hospital Regional de Icó-Ce, bem como das principais intervenções voltadas para esta população, podendo servir como base para medidas e adequações no atendimento da população adscrita. A disponibilidade dos dados poderá, também, permitir um direcionamento para as medidas preventivas no que se refere ao desenvolvimento das crises hipertensivas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir são demonstrados em gráficos e tabelas os resultados obtidos por meio da análise dos prontuários dos 213 pacientes que compõem a amostra deste estudo, com cálculos feitos através do programa SPSS, a fim de discutir o perfil clínico e demográfico desses indivíduos. Em notas introdutórias, destaca-se que apesar de haver certa fragilidade no registro das informações, tendo em vista a não implementação do registro de enfermagem, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, a pesquisa traz uma amostra considerável e dados relevantes.

Segundo os dados desenhados na **Tabela 1** pode-se compreender que o sexo predominante dos pacientes hipertensos que foram atendidos no setor da Urgência e Emergência no HRI é composto de 57,7 % do sexo feminino, representando a variável dominante na referida população, estando atribuído, portando, ao sexo masculino o percentual de 42,3 % do número total.

Em concordância com o perfil acima descrito, os dados coletados por Sousa et al. (2009) em sua pesquisa que avalia o acesso ao serviço de emergência pelos usuários em crise hipertensiva, apontaram uma prevalência de 55,1% do sexo feminino, e uma menor porcentagem de pacientes do sexo masculino, equivalente à 44,9%.

Entretanto, o estudo realizado por Silva et al. (2016) que analisou o nível de controle da PA entre os sexos, constatou que, apesar da maioria dos portadores de HAS ser feminina (62,1%), a maior porcentagem das mulheres (64,4%) possuía suas pressões controladas, enquanto que no sexo masculino o percentual de PA controlada era menor (equivalente a 52,7%).

A maior prevalência do sexo feminino verificada neste estudo pode estar atrelada, também, ao fato da menor busca do sexo masculino pelos serviços de saúde, por ainda o cuidado ser visto por alguns indivíduos como sendo uma característica do gênero feminino, além da questão cultural de ter o homem como provedor, que não pode enfraquecer, sendo, portanto, ‘invulnerável’.

Tabela 1: Relação do percentual referente a orientação sexual

SEXO	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
Masculino	90	42,3	42,3
Feminino	123	57,7	100,0
Total	213	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

De acordo com os dados obtidos na pesquisa 27,7% dos 213 participantes totais não possuem vínculo matrimonial; 60,6% se consideraram casados e 10,8 % do total são viúvos (a). Os divorciados compuseram 9% do total (**Tabela 2**).

O estudo realizado por Pereira (2010) e colaboradores, que aborda o atendimento voltado a pacientes com crise hipertensiva em uma unidade de pronto atendimento, mostrou dados semelhantes a esses: 44,8% dos pacientes eram casados; 27,1% solteiros; 14,9 % divorciados e 13,1% viúvos.

A maior prevalência de indivíduos com vínculo matrimonial na amostra deste estudo pode estar relacionada à faixa etária alvo, onde a taxa de indivíduos casados geralmente é mais alta. Podendo também representar a consequência de uma vida com mais atribuições e menos tempo para a prática do autocuidado, principalmente na sociedade capitalista atual, onde o tempo volta para o trabalho é priorizado em detrimento dos cuidados voltados à saúde.

Tabela 2: Disposição do estado civil entre os pesquisados

ESTADO CIVIL	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
Solteiro	59	27,7	27,7
Casado	129	60,6	88,3
Divorciado	2	9	89,2
Viúvo	23	10,8	100,0
Total	213	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A **Tabela 3** que traz a distribuição das idades dos participantes por faixa etária mostra que 33,8 % do total dos participantes do estudo encontravam-se na faixa etária de 30 a 50 anos de idade; 42,7 % tinham de 51 a 70 anos e 23,5% possuíam idade superior a 70 anos.

Chama-se a atenção para a presença considerável de adultos jovens na amostra, especialmente de indivíduos com idade entre 30 e 50 anos, que somaram um total de 33,8 %, apontando uma maior necessidade para implementação de medidas preventivas, como programas que venham atuar de forma significativa na redução dos fatores de risco na população.

Um estudo liderado por Gomes et al (2018), com o intuito de caracterizar os usuários hipertensos atendidos em uma unidade de pronto atendimento, revelou uma maior porcentagem de indivíduos na faixa etária de 41 a 50 anos (14,9%), de 51 a 60 anos (18,4 %) e de maiores de 60 anos (55,2 %), sendo que 73,6 % encontravam-se em idades superiores a 50 anos.

Tabela 3: Distribuição das faixas etárias

FAIXA ETÁRIA	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
30 a 50 anos	72	33,8	33,8
De 51 a 70 anos	91	42,7	76,5
Mais de 70 anos	50	23,5	100,0
Total	213	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Quanto aos estágios de hipertensão arterial, verifica-se que 16,9 % se classificavam como estágio I; 56,8% como estágio II (maior prevalência) e 26,3% como estágio hipertensivo III (**Tabela 4**). No estudo realizado por Gomes et al (2018) o percentual maior da amostra encontravam-se no estágio hipertensivo I (31,0%) e II (16,1%).

Verifica-se, portanto, uma menor apresentação de indivíduos com HAS menos grave (Estágio I), com maior apresentação de indivíduos no estágio II e III (mais danosos). Ainda assim, vale ressaltar a presença de hipertensos estágio I sendo atendidos no setor da urgência e emergência, o que pode indicar um déficit na adesão do tratamento e mudança no estilo de vida, ou pode estar atrelado a crença por parte da população da emergência como sendo um setor mais bem equipado e preparado para a prestação do atendimento.

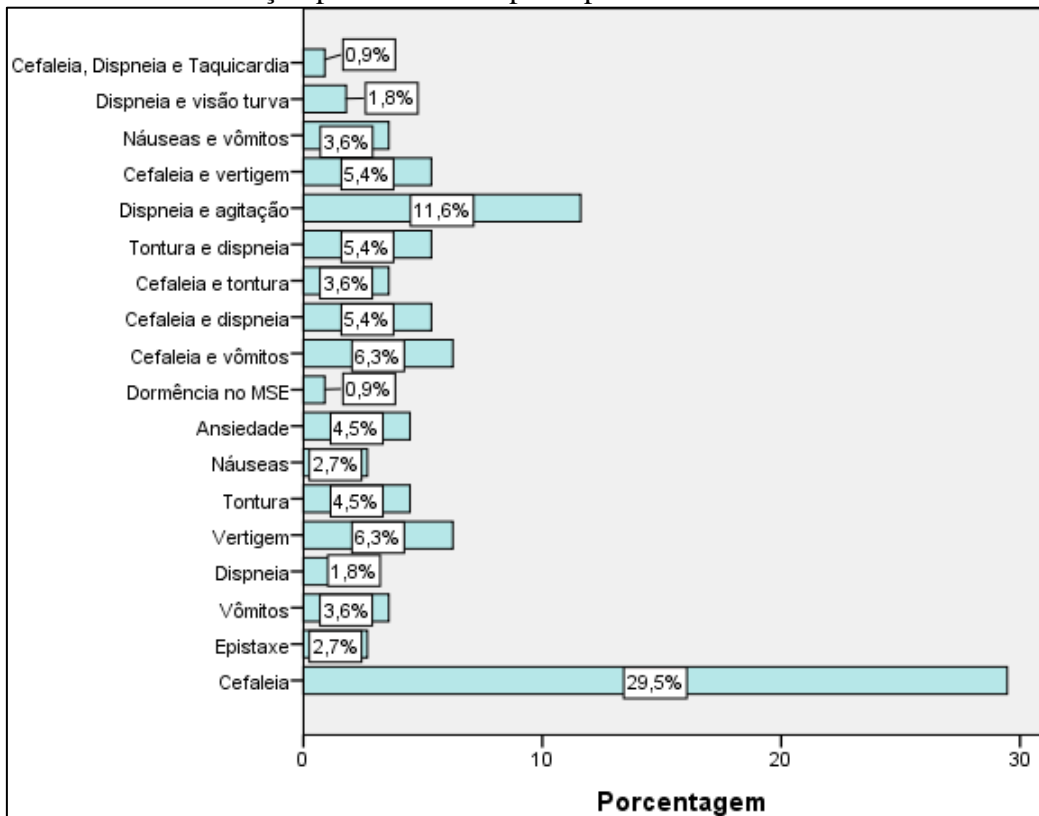
Para Siqueira et al. (2015) a prevalência do estágio II de HAS é um caso a parte, em seu estudo que teve como objetivo caracteriza o perfil dos pacientes com crise hipertensiva atendidos em um hospital de pronto socorro, a maior prevalência foi de sujeitos com Hipertensão estágio III (40,0 %), seguido de estágio II (32,0 %) e estágio I (28,0%).

Tabela 4: Estágios da pressão arterial

PRESSÃO ARTERIAL	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
Estágio 1	36	16,9	16,9
Estágio 2	121	56,8	73,7
Estágio 3	56	26,3	100,0
Total	213	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

No que se refere aos sinais e sintomas mais prevalentes, o **gráfico 1** revela que a cefaleia apresentada de forma isolada é o sintoma mais recorrente (29,5%), seguido por dispneia e agitação (11,6%), cefaleia e vômitos (6,3%) Vertigem (6,3%) cefaleia e vertigem (5,4%), cefaleia e dispneia (5,4%), ansiedade (4,5%) e tontura (4,5%). A tríade sintomática cefaleia, dispneia e taquicardia estiveram presentes em menos de 1% dos casos.

Gráfico 1: Distribuição percentual dos principais sinais e sintomas

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Em concordância com esses dados, no estudo realizado por Salkic et al (2014) foram obtidos dados semelhantes a estes, os sinais e sintomas mais recorrentes foram a cefaleia (74,1%) dor no peito e dispneia (62,4 %), vertigem (49,4 %), e náuseas e vômitos (41,2 %). Em outro estudo, feito por Lima et al (2015), constatou-se a a maior incidência da cefaleia (35 %), seguido por dispneia (16 %) e tontura (14 %).

Relativo a apresentação desses sinais e sintomas, vale salientar que alguns deles, como a cefaleia, náuseas e vômitos, estão presentes tanto nas crises hipertensivas como nas pseudocrises. Além disso, sintomas como cefaleia podem estar associados a outras condições, como dores musculares, sendo secundários a elevação da PA.

Em relação aos principais exames solicitados, o **Gráfico 2** mostra que em 63, 0 % dos atendimentos o HGT (teste de glicemia capilar) foi solicitado. Em 25,9 % o exame solicitado foi o eletrocardiograma (ECG), em 7,4% o hemograma, e em 3,7 % o raio-x de tórax.

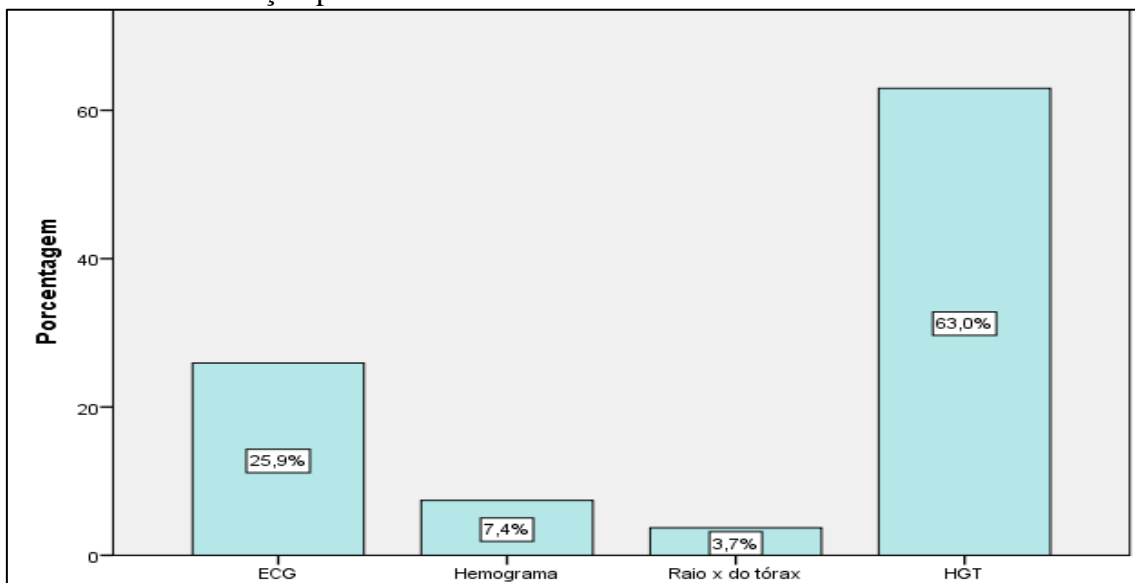
A análise dos resultados dos testes glicêmicos revelou que em 66, 7 % a glicemia encontrava-se alterada, sendo compatível com o diagnóstico de diabetes. Diversos estudos, como o realizado por Silva et al. (2011) apontam a associação entre a diabetes e a hipertensão

arterial, potencializando os danos micro e macrovasculares e corroborando com os altos índices de mortalidade cardiovascular.

Segundo o Tratado de Cardiologia SOCESP (Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo), os exames básicos e fundamentais para a avaliação do paciente com HAS, incluem o eletrocardiograma convencional e o teste glicêmico. O Hemograma é indicado como investigação laboratorial de rotina, e o raio x do tórax é indicado para casos em que haja suspeita clínica de insuficiência cardíaca e para a avaliação do acometimento da aorta e dos pulmões. Outros exames indicados são o exame de urina tipo 1, potássio plasmático, creatinina e o colesterol total (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

Através dos dados coletados, percebe-se uma carência em relação a solicitação de exames que venham a indicar possíveis danos a órgãos-alvo, como por exemplo os exames de urina e creatinina, importantes para a avaliação renal. Entretanto, é importante reconhecer também as limitações do sistema de saúde pública, que muitas vezes não permitem uma melhor adequação do atendimento voltado à população.

Gráfico 2: Distribuição percentual dos exames



Fonte: Dados da pesquisa (2018)

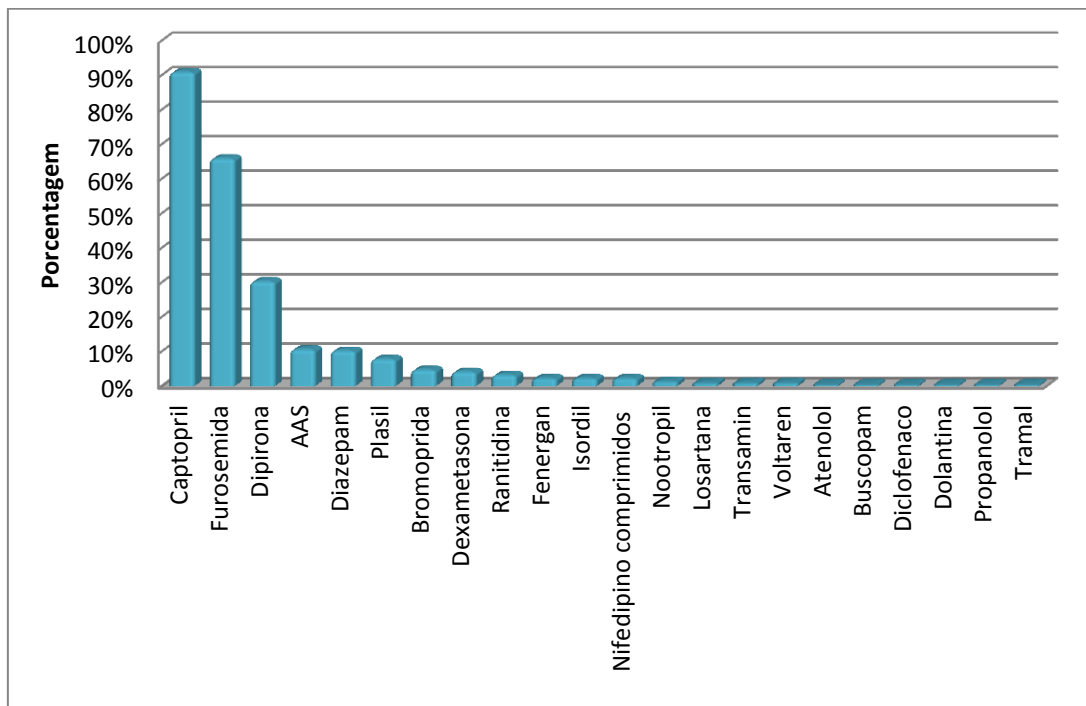
No se refere ao percentual de vezes que as medicações foram utilizadas, o **gráfico 3** revela que o captopril foi prescrito em 91% dos casos; a furosemida em 66 %, a dipirona em cerca de 30,4% dos atendimentos; o AAS em 10,7 % e o Diazepam em 10,3 %. As medicações para náuseas e vômitos plasil e bromoprida, foram prescritas, respectivamente, em 8% e 5 % dos casos. A dexametasona foi utilizada em 4,2% das intervenções, a ranitidina em 3,3 %, o fenergan, o isordil e o nifedipino comprimidos em 2,3 %. Os medicamentos

nootropil, losartana, transamin, voltaren, atenolol, buscopam, diclofenaco, dolantina, propranolol, e tramal foram prescritos para 0,9 % dos pacientes (**Gráfico 3.**)

Analisando os dados coletados, observou-se que a associação entre o captopril e a furosemida esteve presente em 25,1 % dos atendimentos; a prescrição captopril e diazepam foi feita em 4,3 % dos casos. O diazepam foi utilizado como adjunto na terapia anti-hipertensiva nos casos em que os pacientes acometidos apresentavam quadro de agitação, como também de dispneia associada.

Em concordância com os dados acima descritos, os resultados da pesquisa realizada por Pereira et al. (2010) mostraram que o medicamento captopril foi utilizado em 91,5 % dos casos; sendo administrado isoladamente (78,5%) como também associado a furosemida (12,1 %) e ao diazepam (2,8%). A monoterapia com furosemida foi prescrita para 51,8 % dos pacientes.

Gráfico 3: Distribuição percentual das medicações



Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Verifica-se, portanto, duas abordagens medicamentosas distintas, aquela voltada para a diminuição dos níveis tensionais (anti-hipertensiva), e a sintomática, dirigida as queixas que levaram os pacientes a procurarem o serviço de emergência. Diante dessas abordagens, pode-se questionar: a elevação da PA causou os sintomas referidos, ou os sintomas são a causa da elevação dos níveis tensionais diastólico e sistólico? Ainda há controvérsias em relação a esses questionamentos. Na abordagem inicial desses pacientes faz-

se importante a distinção entre uma crise hipertensiva e a chamada pseudocrise, para só assim se estabelecer as condutas adequadas.

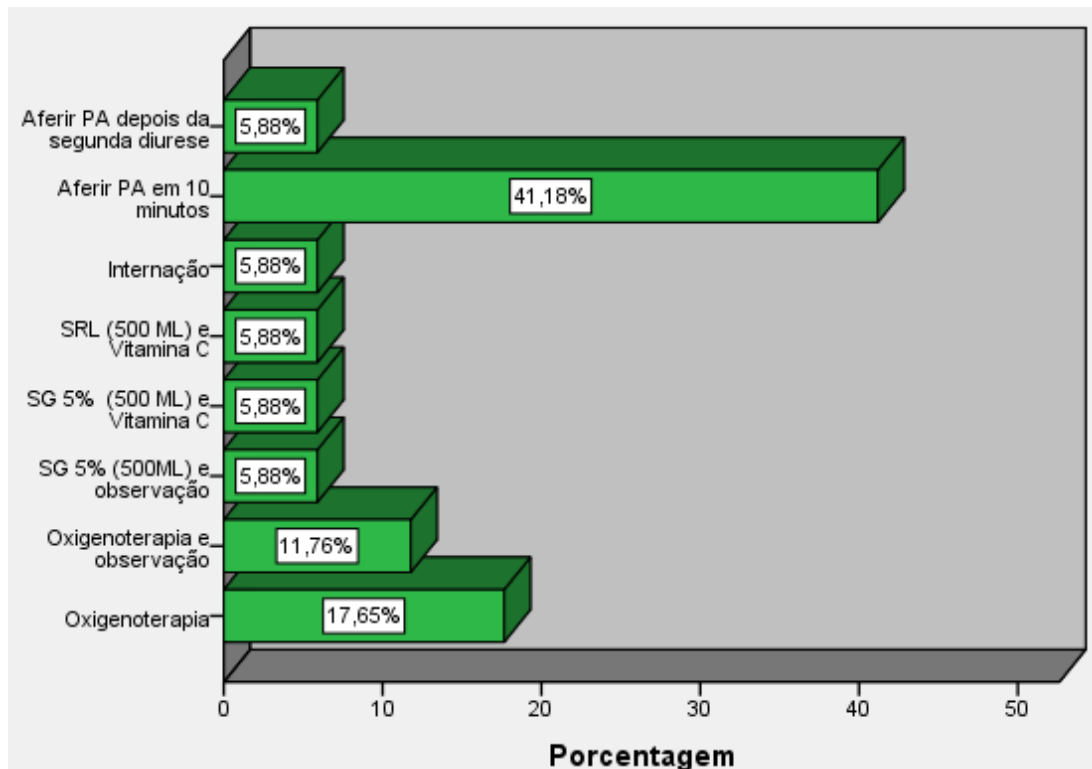
Quanto as outras intervenções, o **Gráfico 4** traz a distribuição percentual das medidas intervencionais registradas nas fichas de atendimento. Pode-se observar que a aferição da PA após dez minutos foi estabelecida em 41,18 % dos casos, a oxigenoterapia em 17,5 %, a oxigenoterapia em conjunto com a observação em 11,76 %; e em menor escala: aferir a PA após a segunda diurese, Soro ringer lactato e vitamina C, soro glicosado 5% e mais vitamina C e soro glicosado e observação, cada um representando 5,88 % dos dados coletas nesta categoria.

A aferição da pressão arterial após 10 minutos, em ambos os braços e em um ambiente calmo, é uma medida importante para o acompanhamento dos pacientes, no sentido, também, de verificar uma possível pseudocrise hipertensiva, que é caracterizada por cefaleia, estresse psicológico, dispneia e síndrome do pânico associada a PA elevada. Devendo ser tratada apenas com repouso ou uso de analgésicos e tranquilizantes (BRASIL, 2016b).

A oxigenoterapia deve ser administrada em casos de baixa saturação, situação recorrente principalmente nas emergências hipertensivas. Outras medidas importantes são a monitorização cardíaca, o raio x de tórax e a análise laboratorial (SERRANO JÚNIOR et al., 2015).

Observa-se a administração do SRG e SG 5 % associada a vitamina C. Levando em consideração apenas a análise dos prontuários não é possível saber ao certo o motivo da prescrição da vitamina C, mas alguns estudos como o realizado por Fernandes et al (2011) apontam um efeito hipotensor na pressão arterial média, tanto no repouso como durante o estresse mental.

A carência, no que diz respeito ao registro de enfermagem, pode ter interferido na acurácia das demais intervenções prestadas a estes pacientes. Por não haver um sistema de classificação de risco implantado no referido setor, pode-se averiguar a necessidade da aplicação de medidas intervencionais que estejam direcionadas a necessidade de cada paciente, o que deveria ser feito a partir do acolhimento inicial e perdurar por todo o atendimento, englobando todos os profissionais, daí a importância da classificação de acordo com os riscos envolvidos. A partir dos dados analisados, parece não haver uma adequação das intervenções voltado as necessidades individuais de cada paciente. Entretanto, vale salientar que por não haver um registro efetivo das informações que formam a base deste estudo, faz-se necessário uma análise mais profunda, avaliando o dia-a-dia no setor, para se chegar a uma conclusão definitiva.

Gráfico 4: Distribuição percentual de outras intervenções

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A **tabela 5**, representa a associação entre o perfil sociodemográfico desses pacientes e o estágio de HAS. O cruzamento dos dados referente ao sexo e o estágio hipertensivo, permite analisar que no estágio I a porcentagem equivalente ao sexo masculino quase que se iguala a do sexo feminino; já no estágio II, temos uma prevalência considerável de mulheres (65,9%), o que não acontece no estágio III, onde os homens representam a variável mais presente (38,9 %), evento este que pode estar relacionado a menor adesão do sexo masculino ao tratamento farmacológico e não farmacológico, descrito em trabalhos como o de Giroto et al. (2013), que analisa a adesão ao tratamento hipertensivo com usuários da atenção básica.

A associação entre o estágio da pressão arterial e as faixas etárias, aponta que a maior prevalência em todas as idades é a HAS em estágio II; entretanto, levando-se em consideração apenas o estágio III, verifica-se que a maior porcentagem de indivíduos (30,0%) se encontra na faixa etária superior a 70 anos. Este dado pode ser explicado, em parte, devido ao processo de enrijecimento e o espessamento das paredes dos vasos que ocorre com a idade, estando relacionado ao depósito de colágeno e diminuição fisiológica da elastina (ABBAS; KUMA; FAUSTO, 2013).

Tabela 5 : Associação entre o perfil com a pressão arterial dos pacientes

SEXO	PRESSÃO ARTERIAL			Total
	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	
Masculino	15 16,7%	40 44,4%	35 38,9%	90 100,0%
Feminino	21 17,1%	81 65,9%	21 17,1%	123 100,0%
Total	36 16,9%	121 56,8%	56 26,3%	213 100,0%
FAIXA ETÁRIA	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Total
Até 50 anos	17 23,6%	36 50,0%	19 26,4%	72 100,0%
De 51 a 70 anos	13 14,3%	56 61,5%	22 24,2%	91 100,0%
Mais de 70 anos	6 12,0%	29 58,0%	15 30,0%	50 100,0%
Total	36 16,9%	121 56,8%	56 26,3%	213 100,0%
ESTADO CIVIL	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Total
Solteiro	16 27,1%	27 45,8%	16 27,1%	59 100,0%
Casado	17 13,2%	79 61,2%	33 25,6%	129 100,0%
Divorciado	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	2 100,0%
Viúvo	2 8,7%	15 65,2%	6 26,1%	23 100,0%
Total	36 16,9%	121 56,8%	56 26,3%	213 100,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Pode-se verificar também que a maioria dos participantes que possuem vínculo matrimonial (61,2 %) e a maioria dos solteiros (45, 8%) encontram-se no estágio hipertensivo II. Entretanto verifica-se uma maior concentração de casados, o que pode estar relacionado às maiores atribuições de responsabilidade e menos tempo para a prática do autocuidado, ou simplesmente devido a faixa etária alvo desta pesquisa, onde a população casada é mais prevalente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes hipertensos atendidos no setor da urgência e emergência do Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro Sobrinho, localizado na cidade de Icó-CE, onde foi possível constatar que a maior parte dos pacientes que compuseram esta pesquisa eram do sexo feminino e possuíam seus níveis tensionais predominantemente no estágio II.

A população deste trabalho foi composta por pacientes hipertensos, com idade entre 30 e 90 anos, cujas fichas de atendimento possuíam o registro necessário para permitir a coleta dos dados. Constatou-se que a maioria se encontravam na faixa etária de 51 a 70 anos e foram admitidos no setor da emergência do referido hospital apresentando quadros de cefaleia, dispneia, agitação, vômitos e vertigem, o que corrobora com os resultados obtidos em outros estudos semelhantes a este.

Quanto as intervenções foi possível constatar que, no quis diz respeito as medicações, o captopril, a furosemida, a dipirona, o AAS e o Diazepam foram as principais prescritas, havendo, portanto, a associação de um tratamento hipertensivo com uma conduta voltada a sintomatologia de cada paciente. Como outras intervenções foi estabelecido em maior prevalência, a aferição da PA após 10 minutos e a oxigenoterapia. Salienta-se, entretanto, a necessidade de se estabelecer um diagnóstico mais preciso, com intervenções diferenciais, principalmente no que se refere à crise hipertensiva e à pseudocrise.

Apesar de não haver um sistema de registro informatizado e das dificuldades enfrentadas durante a coleta dos dados, os objetivos desta pesquisa foram alcançados. Por meio da análise dos dados foi possível descrever as variáveis que contemplam a finalidade deste estudo. Entretanto, durante a coleta de dados, várias foram as dificuldades, as fichas de atendimento, apesar de estarem alocadas em caixas divididas por cada dia de atendimento, não se encontravam em local adequado e não possuíam uma forma organizacional que permitisse uma análise com mais eficácia.

Vale ressaltar a fragilidade dos registros das intervenções prestadas aos pacientes que são atendidos no referido setor, principalmente por não haver a realização do registro de Enfermagem, o que dificultou a acurácia dos dados pertinentes a este estudo.

Portanto, com o intuito de se estabelecer um cuidado mais adequado a cada paciente, sugere-se a implementação de uma ferramenta tão importante no âmbito da Urgência e Emergência, que é o sistema de classificação de risco, sendo responsabilidade do enfermeiro, como também a implementação do registro de enfermagem. Além disso, para facilitar a

análise dos atendimentos realizados, bem como do perfil da população alvo, permitindo que mais estudos como estes sejam realizados, seria de suma relevância a utilização de prontuários eletrônicos para a informatização das informações de cada atendimento prestado.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K.; KUMA, V; FAUSTO, N. **Robbins & Cotran-** Bases patológicas das doenças. 9 ed. Rio de Janeiro-RJ; Elsevier, 2013.

ALMEIDA, M.O. Abordagem Terapêutica para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Científica, Bras.** São Paulo v.2, n.2, p. 1-13, 2014.

ALESSI A. BRANDÃO A.A; PAIVA A.M.; ROCHA NOGUEIRA AD, FEITOSA A, CAMPOS GONZAGA C.D; et al. I Brazilian position paper on prehypertension, white coat hypertension and masked hypertension: diagnosis and management. **Arq Bras Cardiol.** v.102, n.2,p.110-119, 2014.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação.** 5 ed., São Paulo: Atlas, 2001.

BARBOSA, B.F.S. **Associação entre as atividades desenvolvidas e os fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário.** 2015. 84f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Datasus. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).** Brasil, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 05 de maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasil 2016: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, DF, 2016(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica integral. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica.** Serie A, Normas e Manuais Técnicos, Cadernos da Atenção Básica, n.37, Brasília, 2013(a).

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** **Arq. Bras Cardiol.** v. 107, n.3, set 2016 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Indicadores e dados básicos. **Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório.** Brasil, 2013(b). Disponível

em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/c08.def>>. Acesso em 20 de março de 2018.

CALHOUN D.A.; BOOTH J.N.; OPARIL S.; IRVIN M.R.; SHIMBO D.; LACKLAND D.T. et al. Refractory hypertension: determination of prevalence, risk factors, and comorbidities in a large, population-based cohort. **Hypertension**. v.63, n.3, p.451-458, 2014.

FERNANDES, P.R.O.F.; LIRA, F.A.S.; BORBA, V.V.L.; COSTA, M.J.C.; TROMBETA, I.C.; SANTOS, M.S.B.; SANTOS, A.C. Vitamina C Restaura Pressão Arterial e a Resposta Vasodilatadora no Antebraço em Crianças Obesas. **Arq Bras Cardio**. p.1-8, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

GOMES, I.V.; SOUSA, L.S.; MENEZES, A.S.S.; MENDES, J.M.S.; QUEIROZ, X.S.B.A.; ALMEIDA, T.C.F. Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas. **Rev Nursing Eletr**. v.239, n.21, p. 2114-2118, 2018.

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2013.

HALL, J. E. **Guyton & Hall: Tratado de Fisiologia Médica**. 13ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In: IPECE: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil Básico Municipal**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ico/panorama> . Acesso em: 05 maio. 2018.

IGLESIAS C.M.F.; JESUS J.A.; SANTIAGO L.C.; SANTORO L.C.; A importância da sistematização da Assistência de Enfermagem no Cuidado ao Cliente Portador de Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev Pesqui Cuid Fundam**. v. 17, n. 10, p. 974-977, 2010.

KANNEL, W.B.; VASAN, R. & LEVY, D. — Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values? **Hypertension**. v.42, n.4, p.453-456, 2003.

KATZUNG, B. G.; MARTERS, S. B.; TREVOR, A. J. **Farmacologia básica e clínica**. 12.ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.

LIMA, S.G.; NASCIMENTO, L.S.; SANTOS FILHO, C.N.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; VICTOR, E.G. Hipertensão Arterial Sistêmica no Setor de Emergência. O Uso de Medicamentos Sintomáticos Como Alternativa de Tratamento. **Arq Bras Cardio**. v. 85, n.2, p.115-123, 2015.

LO S.H.S.; CHAU J.P.C.; WOO J.; THOMPSON D.R.; CHOI K.C. Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. **J Cardiovasc Nurs**. v.31, n.4, p.296-303, 2016.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília, 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 05 de Maio de 2018.

MENGUE, S.S.; BERTOLDI A.D.; RAMOS L.R.; FARIAS M.R.; OLIVEIRA M.A.; TAVARES N.U.L.; et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.50, n.2, p.1-8, 2016.

O'BRIEN, E.; PARATI, G.; STERGIOU, G.; ASMAR, R.; BEILIN L, BILO G, et al; European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. **J Hypertens**. v.31, n.9, p.1731-1768, 2013.

OIGMAN, W. Sinais e Sintomas em Hipertensão Arterial. **Revista JBM**. São Paulo. v.102, n. 5, Set./Out., 2014.

PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, BARROS H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertens**. v.27, n.5, p. 963-975, 2009.

PEREIRA, S.E.; AGUIAR R.S.; VIAN, V.H.; CUNHA, E.M.; SILVA, D.A.; TEIXEIRA, M.A. Análise crítica do atendimento da crise hipertensiva em Unidade de Pronto Atendimento de Itaperuna - Rio de Janeiro. **Rev Bras de Medicina**. Rio de Janeiro, v.69, n.5, p. 139-144, 2010.

PICON RV, FUCHS F.D.; MOREIRA L.B.; RIEGEL G.; FUCHS S.C. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: **A systematic review with meta-analysis**. PLoS One. v.7, n.10, p.48-55, 2012.

PINHO NA, Pierin AMG. Hypertension Control in Brazilian Publications. **Arq Bras Cardiol**. v.101, n.3, p. 65-73, 2013.

PORTO, C.C.; PORTO, A, L. **Exame Clínico/ Celmo Celeno Porto**. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2017.

PORTO, C.C.; PORTO, A, L. **Doenças do Coração- Prevenção e Tratamento**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. FLOWER, R.J.; HERNDERSON, G. **Rang & Dale: farmacologia**, 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

RIBEIRO A.L; DUNCAN B.B; BRANT L.C; LOTUFO P.A, MILL J.G; BARRETO S.M. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. **Circulation**. v.133, n.4, p. 422-433, Jan. 2016.

SALKIC, S.; BATIC-MUJANOVIC, O.; LJUCA, F.; BRKIC S. Clinical Presentation of Hypertensive Crises in Emergency Medical Services. **Mater Sociomed**. v. 26, n.1, p.12-16, 2014.

SERRANO JR., C.V; NOBRE, F.; MAGALHÕES. C.C.; COLOMBO, F.C. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 3 Ed. São Paulo: Manole, 2015.

SILVA, D.B.; SOUZA, T.A.; SANTOS, C.M.; JUCÁ, M.M.; MOREIRA, T.M.M.; FROTA, M.A.; VASCONCELOS, S.M.M. Associação entre hipertensão arterial e Diabetes em centro de saúde da família. **RBPS**. Fortaleza. v.24, n.1, p.16-23,2011.

SILVA, S.S.B.E.; OLIVEIRA, S.F.S.B.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial entre mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enf USP**. São Paulo, v.50, n.1, p.50-58, 2016.

SILVERTHORN, D.U; JOHNSON, B.R.; OBER, W.C.; GARRISON, C.W.; SILVERTHORN, A.C. **Fisiologia Humana- Uma abordagem Integrativa**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SIQUEIRA, D.S.; RIEGEL, S.; CROSSETTI, M.G.O.; TAVARES, J.P. Perfil de pacientes com crise hipertensiva atendidos em um pronto socorro no sul do Brasil. **Rev Enf UFSM**. Santa Catarina. v.5, n.2, p. 224-234, Abr/Jun. 2015.

SOUZA, A.C.C.; MOREIRA, T.M.M.; SILVA, M.R.F.; ALMEIDA P.C. Acesso ao Serviço de Emergência Pelos Usuários com Crise Hipertensiva em um Hospital de Fortaleza. **Rev Bras Enf**. Brasília, v.62, n.4, p.535-539, 2009.

SMELTZER SC; BARE, B.G.; HINKLER, J.L.; CHEEVER, K.H. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

WEBER MA, Schiffrin EL, White WA, Mann S, Lindholm LH, Venerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**. v. 32, n.1, p. 3-15, 2014.

World Health Organization (WHO). **World Health Statistic 2015**. WHO Library Cataloguing-in-Publication. v.4,n.5, p-23-28, 2016.

XAVIER, H.T.; IZAR, M.C.; FARIA NETO JR.; ASSAD M.H.; ROCHA V.Z.; SPOSITO A.C.; et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. [V Brazilian Guidelines on Dyslipidemias and Prevention of Atherosclerosis]. **Arq Bras Cardiol**. v.101, n. 4, p. 1-20, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 11.896.777/0001-00

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, Cícera Nayana da Silva Dantas,
 RG 2003034068800, CPF 018.734.973-85 Secretário (a) Adjunto (a)
 Municipal de Saúde do Município de Icó – Ceará, declaro ter lido o projeto intitulado
 como **“PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES
 HIPERTENSOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO
 CENTRO-SUL CEARENSE”** de responsabilidade do pesquisador responsável José
 Evaldo Gomes Júnior CPF 651.415.553- 72 e RG 99029265745 e do pesquisador
 participante Wendson Cavalcante Bernardino CPF 055.237.783-03 e RG 2007537796-3
 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP: 63040-405
 do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), autorizaremos a realização
 deste projeto no Hospital Regional de Icó, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as
 Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda
 que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição
 coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da
 segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa, nela recrutados, dispondo de
 infraestrutura necessária para a garantia e tal segurança e bem estar.

Icó- Ceará, 04 de JULHO de 2018.


 Cícera Nayana da Silva Dantas
 Secretária Adjunta de Saúde
 PORTARIA Nº 037/2017

Secretário (a) Adjunto(a) Municipal de Saúde

APÊNDICE B- TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO



GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 11.896.777/0001-00

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Senhor(a) MARCELO RAMON ARAUJO FILHO CPF 051.714.194-93, Diretor administrativo, fiel depositário dos prontuários/material biológico e da base de dados do Hospital Regional de Icó, CNPJ 11.896.777/0001-00 localizado na cidade de ICÓ-CE, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, vem na melhor forma de diretor declarar que o aluno(A) Wendson Cavalcante Bernardino, CPF 05523778303 está autorizado(A) a realizar coleta de dados/material nesta Instituição para execução do projeto de pesquisa: **“PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL CEARENSE”**, sob a responsabilidade do pesquisador José Evaldo Gomes Júnior, cujo objetivo geral é analisar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes hipertensos atendidos na emergência do referido hospital. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

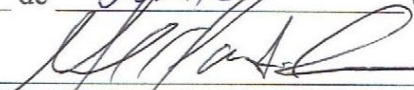
Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes desta Instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, o(s) pesquisador (es) acima citados, compromete(m)-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorde(m), igualmente que as

informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

CIDADE, 11 de Julho de 2018.


(ASSINATURA e CARIMBO DO(a) RESPONSÁVEL)

Dr. Manoel Telamoni
Enfermeiro
COREN-MS 156853

Wensson Cavalcante Bernardino
(ASSINATURA DO(a) ALUNO(a))

Paulo Evaldo G. Pereira
(ASSINATURA DO(a) PESQUISADOR(a) RESPONSÁVEL)

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Prezado Sr:

José Evaldo Gomes Júnior, portador do RG: 99029265745 e CPF: 651.415.553- 72, docente da Faculdade Vale do Salgado – FVS, está realizando a pesquisa intitulada “PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL CEARENSE”, que tem como objetivo geral: analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos no setor da emergência do Hospital Regional de Icó; e objetivos específicos: Caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos sócio, econômico e demográfico; Identificar os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelos pacientes e Conhecer as principais medicações e intervenções de tratamento. Para isto está desenvolvendo um estudo onde pretende-se coletar os dados através da análise dos prontuários de tais pacientes, organizados através do programa Microsoft Excel 2010. Os dados serão tabulados por meio do Software Statistical Pockage for the Social Science (SPSS).

Por essa razão, a convidamos a participar da pesquisa, onde sua participação consistirá em autorizar a coleta de dados em seu prontuário, importantes para a realização desta pesquisa, onde iremos colher dados relacionados aos objetivos deste estudo.

Quanto ao risco apresentado durante a pesquisa, o presente estudo possui risco mínimo, considerando que será realizada através da análise de prontuários. Os pacientes que terão seus dados analisados poderão apresentar alguma apreensão ou medo em relação ao sigilo das informações coletadas. No entanto, para cessar ou diminuir esses sentimentos, haverá um diálogo prévio com o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, sua relevância e a garantia do sigilo das informações coletadas. Vale ressaltar que a consulta ao material será feita na referida instituição hospitalar, não necessitando a saída dos prontuários do devido local da pesquisa.

Como benefícios, Os dados coletados neste estudo permitirão uma análise do perfil dos pacientes hipertensos atendidos na urgência e emergência do Hospital Regional de Icó-CE, podendo servir como base para medidas e adequações no atendimento da população adscrita. A disponibilidade dos dados poderá, também, permitir um direcionamento para as medidas preventivas no que se refere ao desenvolvimento das crises hipertensivas.

Toda informação que o (a) Sr. (a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas e os dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá em nenhum instrumento utilizado para coletar dados, nem mesmo quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou métodos utilizados na mesma, pode procurar José Evaldo Gomes Júnior e/ou Wendson Cavalcante Bernardino, na Rua Monsenhor Frota, 609, Centro, ICÓ-CE, CEP 63.430-000 em horário comercial, no telefone (88) 3561-2760.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – CEP: 63040-405 localizado na Unidade Lagoa Seca: Av. Leão Sampaio Km 3 – Lagoa Seca – Juazeiro do Norte – CE telefone (88) 2101-1046. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Icó- Ceará, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO



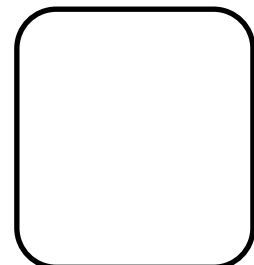
**FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
BACRARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa sobre o, “PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL CEARENSE”. Assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

Icó- Ceará, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A- FICHA DE ATENDIMENTO



FICHA: Nº

MÉDICO:

FICHA MANUAL DE ATENDIMENTO

DATA ____/____/____ HS ____:____ DIURNO (____) NOTURNO (____) TELEFONE: _____

PACIENTE: _____

MÃE: _____ PAI: _____

DN: ____/____/____ IDADE: ____ ANOS SEXO: F (____) M (____) NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ RG: _____ CPF: _____

END: _____ Nº (____) BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

TRIAGEM-ACOLHIMENTO

PRESSÃO ARTERIAL: ____ X ____ MMHG TEMPERATURA: ____ °C PESO: ____ KG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

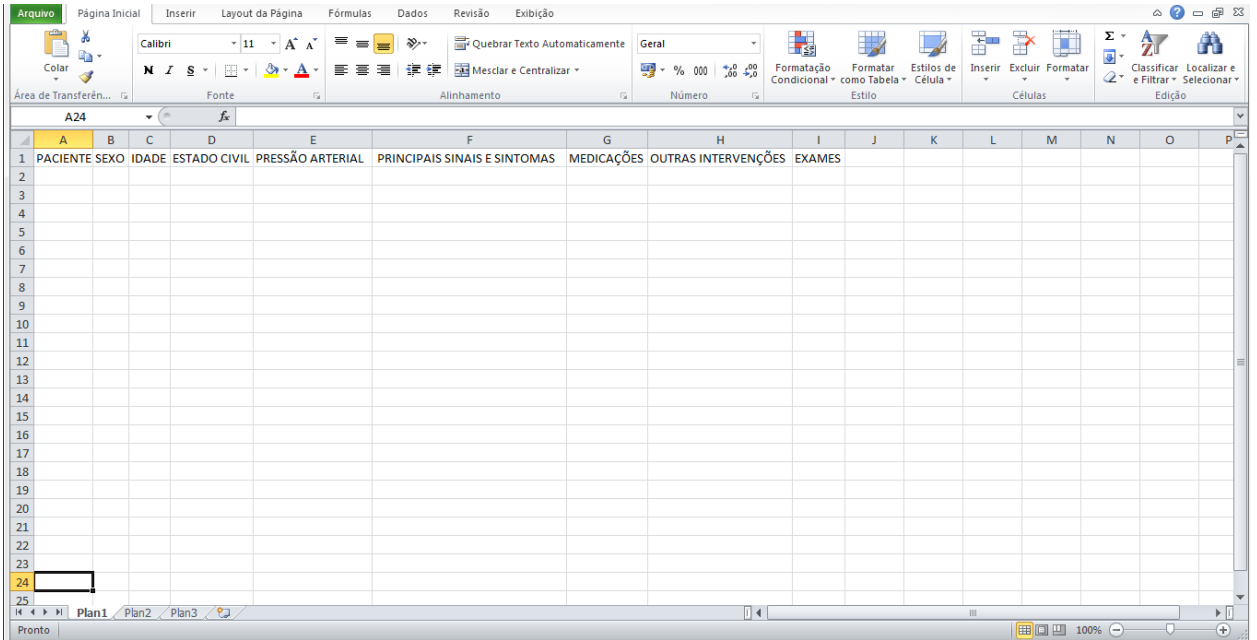
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CRM DO MÉDICO

DIGITADOR(a) _____

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRIDO MONTEIRO SOBRINHO
 AV. JOSEFA NOGUEIRA MONTEIRO S/N
 CNPJ: 07.669.682/0001-79

ANEXO B- PLANILHA MICROSOFT EXCEL 2010

The image shows a screenshot of the Microsoft Excel 2010 interface. The ribbon is set to 'Página Inicial' (Home) with the 'Fontes' (Fonts) group selected. The font is 'Calibri' in size 11. The spreadsheet area contains a table with the following headers in row 1:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	PACIENTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	PRESSÃO ARTERIAL	PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS	MEDICAÇÕES	OUTRAS INTERVENÇÕES	EXAMES							
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

The status bar at the bottom shows 'Pronto' (Ready) and '100%' zoom level. The sheet tabs at the bottom are labeled 'Plan1', 'Plan2', and 'Plan3'.

ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO CENTRO-SUL CEARENSE

Pesquisador: JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96020518.0.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.926.933

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que visa analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos no setor da emergência.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos no setor da emergência;
Caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos sócio, econômico e demográfico;
Identificar os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelos pacientes;
Conhecer as principais medicações e intervenções de tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto ao risco apresentado durante a pesquisa, possui risco mínimo, considerando que será realizada através da análise de prontuários. Os pacientes que terão seus dados analisados poderão apresentar alguma apreensão ou medo em relação ao sigilo das informações coletadas. No entanto, para cessar ou diminuir esses sentimentos, haverá um diálogo prévio com os pacientes tendo o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, sua relevância e a garantia do sigilo das informações coletadas. Vale ressaltar que a consulta ao material será feita na referida instituição hospitalar, não necessitando a saída dos prontuários do devido local da pesquisa.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n		CEP: 63.010-970
Bairro: Planalto		
UF: CE	Município: JUAZEIRO DO NORTE	
Telefone: (88)2101-1033	Fax: (88)2101-1033	E-mail: cep.leacsampaio@leacsampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.526.933

Os dados coletados neste estudo permitirão uma análise do perfil dos pacientes hipertensos atendidos na urgência e emergência do Hospital Regional de Icó-CE, podendo servir como base para medidas e adequações no atendimento da população adscrita. A disponibilidade dos dados poderá, também, permitir um direcionamento para as medidas preventivas no que se refere ao desenvolvimento das crises hipertensivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram anexados adequadamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as recomendações do parecer anterior foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1194893.pdf	12/09/2018 22:27:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	12/09/2018 22:26:47	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
Outros	planilhaexcel.pdf	12/09/2018 22:17:32	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/09/2018 22:11:40	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
Outros	posesclarecido.pdf	12/09/2018 22:10:43	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/08/2018 22:15:36	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
Outros	TERMODEFIELDEPOSITARIO.pdf	12/08/2018 22:13:44	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeanuencia.pdf	12/08/2018 22:13:06	JOSE EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.926.933

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/08/2018 22:09:00	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/08/2018 22:08:42	JOSÉ EVALDO GOMES JÚNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:

MARCIA DE SOUSA FIGUEREDO TEOTONIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br