



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Mestrado em Saúde Coletiva

**EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS EM PACIENTES IDOSOS DE UMA UNIDADE DE
REFERENCIA EM FORTALEZA - CE**

ANA KARINE LIMA MOREIRA MESQUITA

FORTALEZA-CE
2008

ANA KARINE LIMA MOREIRA MESQUITA

**EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS EM PACIENTES IDOSOS DE UMA UNIDADE DE
REFERENCIA EM FORTALEZA - CE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain

**FORTALEZA-CE
2008**

ANA KARINE LIMA MOREIRA MESQUITA

**EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS EM PACIENTES IDOSOS DE UMA UNIDADE DE
REFERENCIA EM FORTALEZA - CE**

Grupo de pesquisa: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Análise da situação de saúde

Núcleo Temático: Saúde do idoso.

DATA DE APROVAÇÃO: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain– UNIFOR
ORIENTADORA

Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves – UNIFOR
1a EXAMINADOR

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias – UNIFOR
2a EXAMINADOR

Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira
SUPLENTE

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

(Artigo 230 da Constituição Federal, 1998)

A meus pais, Sandra e Moreira, por serem meu referencial na vida, exemplo profissional e minha principal força impulsionadora na construção deste trabalho.

Ao meu amado Wladimir, por me incentivar e ter a paciência necessária nos momentos difíceis deste percurso. Sua presença foi fundamental.

Aos meus irmãos, por serem bons companheiros e estarem sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre me guiar, me proteger e me ensinar.

A meus pais, por terem sido o contínuo apoio em todos estes anos, ensinando-me, principalmente, a importância da construção e coerência de meus valores. Eles são minha fonte inspiradora nos caminhos escolhidos e meu pilar de sustentação. Agradeço, em especial, a minha mãe, que tanto insistiu para que eu iniciasse este trabalho e esteve sempre presente com sugestões e revisões ao manuscrito, o que levaram a sucessivas mudanças do texto, cujas eventuais falhas, inteiramente responsabilidade da autora, teriam sido mais numerosas não fosse por sua crítica constante e incisiva. Agradeço, com todo o carinho, a atuação do meu pai no período de construção deste trabalho.

Ao Wladimir, meu companheiro nesta trajetória, que soube compreender, como ninguém, a fase pela qual eu estava passando. Durante a realização deste trabalho, sempre tentou entender minhas dificuldades (que foram muitas) e minhas ausências. Agradeço-lhe, carinhosamente, por tudo isso.

À Profa. Dra. Maria Vieira Saintrain, minha orientadora, figura fundamental neste processo, a qual conferiu prestígio e valor a meu trabalho de Mestrado. Não há como lhe agradecer sua disponibilidade e dedicação.

Agradeço ao professor Marcelo pelos conselhos e por atender tão prontamente aos meus pedidos de socorro nos momentos difíceis.

Incluo, de forma especial, todo o quadro do Serviço de Atendimento Médico e Arquivamento (SAME), do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, na minha lista seletiva. A atenção e a disponibilidade dos responsáveis pelo arquivo de prontuários, Carlos Steison Silva Mota e Antonio Jeferson da Silva Carneiro, foram inestimáveis. O acolhimento da Sra. Maria Marylane Silva Bastos, chefe do SAME, foi fundamental para a finalização da etapa de coleta de dados.

Agradeço à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Nacional Científico e Tecnológico, FUNCAP, pela bolsa concedida durante os anos do curso, auxílio financeiro de muita importância para a finalização do trabalho.

RESUMO

Foi objetivo deste estudo, avaliar os prontuários dos pacientes atendidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão - CIDH com a finalidade de identificar a frequência de Hipertensão (HA) e Diabetes *Mellitus* (DM), relacionando co-morbidades associadas, controle da pressão arterial e níveis glicêmicos desses pacientes, assim como traçar o perfil sócio-demográfico deles. Tratou-se de estudo descritivo observacional, em que se coletaram dados de 400 pacientes com HA, DM e HA/DM, atendidos no CIDH, a partir de 8528 prontuários, no período de julho de 2006 a julho de 2008, em Fortaleza – Ceará. Obteve-se, como resultado, a participação de 153 (38,3%) homens e 247 (61,8%) mulheres cuja idade variou de 60 a 103 anos, média de 72,39 anos (DP \pm 7, 385). Dentre os pacientes, 53 (13,3%) eram portadores de HA, 46 (11,5%) de DM e 301(75,3%), acometidos de HA e DM concomitantemente. Quanto às co-morbidades associadas, os dados evidenciaram 103 (25,7%) dos casos de retinopatia, 63(14,8%) de nefropatia diabética, 97 (24,8%) de neuropatia, 64 (16%) de cardiopatias, 21 (5,2%) de hipotireoidismo e 07 (1,7%) de hipertireoidismo. Os Acidentes Vasculares Cerebrais - AVCs foram notificados em 42 (10,5%) e o pé diabético em 128 (32%) dos pacientes. Detectou-se sobrepeso em 157(39,5%) dos pacientes. O sedentarismo apresentou-se em 287(71,7%) dos pacientes; o tabagismo em 73(18,2%), enquanto 85 (21,2%) dos pacientes registraram etilismo. Identificou-se que os homens, quanto ao estado civil, na sua maioria, eram casados 116 (75,8%) em relação às mulheres 139 (56,3%), enquanto a viuvez predominou entre mulheres 63 (25,5%) versus homens 11 (7,2%). Os pacientes foram diagnosticados, mais freqüentemente, por exame de rotina 235 (58,8%), seguido por tratamento de infecções 100 (25%), internamento hospitalar 54 (13,5%) e 11 (2,8%) por ocasião de campanhas com foco nas patologias HA e DM. Em Fortaleza, residem 321 (80,2%) dos idosos, e 79 (19,8%) no interior e região metropolitana. Relativo ao apoio informal, 169 (42,2%) idosos freqüentavam o CIDH na companhia de filhos; 97(24,2%) do cônjuge e 40 (10%) dos amigos e vizinhos, enquanto 94(23,5%) iam desacompanhados. Os maiores dados relativos à ocupação foram de aposentados ou pensionistas 127 (31,8%), domésticas 83 (20,75%), donas-de-casa 58 (14,5%) e comerciantes 27 (6,8%). Os pacientes convivem em média de 15,3 anos com a(s) doença(s) estudadas e 205 (51,3%) deles tomam mais de quatro tipos de medicamentos. Relativo ao controle metabólico, 225 (56,2%) apresentava baixo nível de HDL, 88 (22%) e 154 (35,1%) altas taxas de LDL e triglicérides respectivamente. Pode-se concluir que a grande ocorrência de pacientes idosos com HA e DM, concomitantemente, justifica maior atenção por parte dos dirigentes do sistema de saúde em planejar, com maior rigor, ações conjuntas de detecção precoce, prevenção e controle para essas duas patologias no sentido de diminuir seus agravamentos e complicações neste público específico.

Palavras-chave: pessoas idosas; hipertensão arterial; diabetes *mellitus*.

ABSTRACT

This article studies elderly patients with hypertension and with diabetes mellitus. It adopted methodology of research that consisted of the exam of the medical records of patients attended at the Integrated Center of Diabetes and of Hypertension (CIDH) in order to identify the frequency of hypertension (H) and diabetes *mellitus* (DM), listing associated co-morbidities and the control of blood pressure and glycaemic levels of these patients, and, also, in order to delineate the socio-demographic profile of them. It was a cross descriptive study that collected data from 400 patients with H, DM and H/DM, attended in the ICDH, considering 8528 records, in the period of July 2006 to July 2008, in Fortaleza-Ceará. It was obtained the participation of 153 (38.3%) men and 247 (61.8%) women whose age varied from 60 to 103 years, in an average of 72.39 years ($SD \pm 7, 385$). Among the patients, 13.3% were bearers of H, 11.5% of DM and the high value of 75.3% of H and DM concomitantly. As associated co-morbidities, the research showed: 25.7% cases of diabetic retinopathy; 15.7% diabetic nephropathy; 24.2% neuropathy; 16% heart disease; 5.2% Hypothyroidism; and 1.7% Hyperthyroidism. The Cerebral Vascular Accident (CVA) was reported in 10.5% of patients and the diabetic foot in 32% of them. It was found 39.5% patients with overweight. The sedentary lifestyle was presented in 71.7% of the cases; smoking in 18.2% of them and 21.2% of them reported alcohol consumption. It was identified that most part of men were married (75.8%) compared to women (56.3%), while the widow prevailed among women (25.5%) *versus* 7.2% in men. The patients were diagnosed, mostly, by a routine examination (58.8%), followed by treatment of infections (25%) and hospitalization (13.5%) and 2.8% by campaigns. In Fortaleza, live 80.2% of the elderly patients and 19.8% lives in the metropolitan area. About the informal support, 169 (42.2%) of the elderly patients were attended in the ICDH in the company of their children, 97 (24.2%) of the husband (or wife) and 40 (10%) of friends and neighbors, while 94 (23.5%) were unaccompanied. The principal data about their occupation were that they are retirees or pensioners (31.8%), household (20.75%), home-owners (14.5%) and traders (6.8%). The patients live with the disease(s) in an average of 15.3 years and 51.3% of them took more than four types of medicines. About the metabolic control, 56.2% had low HDL and 22% and 35.1% high LDL and triglycerides, respectively. It was concluded that the high occurrence of elderly patients with H and DM concomitantly justifies more attention by the leaders of the Health System to plan actions with greater accuracy for early detection, prevention and control for these two diseases, in order to reduce their consequences and complications, especially in the case of this specific group.

Keywords: Elderly patients; hypertension; diabetes mellitus.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	09
2 ARTIGO I.....	12
2.1 RESUMO.....	13
2.2 ABSTRACT.....	14
2.3 INTRODUÇÃO.....	15
2.4. MATERIAL E MÉTODO	17
2.5 RESULTADOS	19
2.6. DISCUSSÃO.....	20
2.7 CONCLUSÕES.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
3 ARTIGO II.....	29
3.1 RESUMO.....	30
3.2 ABSTRACT.....	31
3.3 INTRODUÇÃO.....	32
3.4 MATERIAL E MÉTODOS.....	35
3.5 RESULTADOS.....	37
3.6 DISCUSSÃO.....	40
3.7 CONCLUSÕES.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES.....	57
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	58
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	60
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	61

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Século XX, considerado o século da “Terceira Idade”(OMS, 2006), a sociedade contemporânea viu-se desafiada em suas instâncias pública, privada e do terceiro setor, a responder, rápida, qualitativa e quantitativamente, às inusitadas demandas nele geradas, para o homem do século XXI.

Nessas novas demandas, apresenta-se como uma temática importante o envelhecimento populacional.

Dados populacionais da Organização Mundial de Saúde (2006) apontam para números expressivos do envelhecimento mundial. Essas informações esclarecem que esse fenômeno está acontecendo no mundo todo, considerando que, em 1950, a população com mais de 60 anos era da ordem de 8,1%, tendo, como projeção para o ano de 2050, o percentual de 21,8%.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define envelhecimento como “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

No Brasil, existem, aproximadamente, 18 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, o que representa quase 10% da população brasileira, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006). Estima-se que em 2020 o percentual de idosos chegue a 15%. Serão aproximadamente 32 milhões de idosos por volta de 2025. (IBGE, 2000) No Ceará, os dados revelam que 733 mil pessoas têm 60 anos ou mais, números que representam 9,1% da população do estado (DATASUS, 2007).

Apesar de o processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a patologias e a incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas nos idosos. No Brasil, a tendência atual é um número crescente de indivíduos idosos que, apresentam maiores condições crônicas de saúde, acarretando, conseqüentemente, o crescimento das taxas de incapacidades físicas e/ou mentais. Esse fato representa muitos desafios para a família, a sociedade, além de ser um prejuízo à qualidade de vida destes indivíduos mais velhos.

Aparecem, dentro destas doenças crônicas, com alta incidência e dificuldade de controle, o diabetes *mellitus* (DM) e a hipertensão arterial – (HA), patologias estas, objetos de estudo nesta pesquisa.

Neste contexto, foi elaborado um projeto tendo como objetivo investigar as variáveis epidemiológicas de pacientes idosos, acometidos de DM, HA e, concomitantemente, DM e HA, assim como o perfil sócio-demográfico da referida população.

Assim sendo a pesquisa foi desenvolvida no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão por se tratar de referência, dentro do estado do Ceará, na atenção ao paciente portador de DM e HA.

Utilizou-se de dados secundários a partir de 8528 prontuários referentes a pacientes idosos com 60 anos e mais, pertencentes ao arquivo de pacientes do CIDH, tendo sido limitado, mediante corte transversal, em uma amostra de 400 prontuários.

Os dados do estudo foram organizados em dois artigos, analisados com abordagem e quantitativa, na tentativa de explicar com objetividade os resultados obtidos.

No primeiro artigo, sob o título “Características epidemiológicas dos pacientes idosos, atendidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Ceará”, buscou-se a frequência e o tipo de acometimento de patologias, relacionados a esses pacientes, assim como se identificaram co-morbidades associadas e seu controle quanto à pressão arterial e níveis glicêmicos.

No segundo artigo, intitulado “Perfil sócio-demográfico de pacientes idosos, portadores de Hipertensão e Diabetes *Mellitus*”, objetivou-se identificar as condições sócio-demográficas da população em estudo no intuito de descrever características relacionadas a esse tipo de paciente.

ARTIGOS

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES IDOSOS,
ATENDIDOS NO CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E
HIPERTENSÃO DO CEARÁ**

Epidemiological characteristics of elderly patients, attended in the Integrated Center for
Diabetes and Hypertension of Ceará

Ana Karine Lima Moreira

Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Centro de Ciências da Saúde, UNIFOR.

Endereço: Rua Francisco Leandro, 272, casa 11 – Lagoa Redonda. CEP 60.840-800 – Fortaleza, Ceará – Brasil.

Tel.: (85) 32715230/88392136

E-mail: akarinelm@yahoo.com.br

Maria Vieira de Lima Saintrain

Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Centro de Ciências da Saúde. Curso de Odontologia e Mestrado em Saúde Coletiva.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar os prontuários dos pacientes atendidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão- CIDH no intuito de identificar a frequência de hipertensão arterial - HA e diabetes *mellitus* - DM, relacionando co-morbidades associadas, controle quanto à pressão arterial e níveis glicêmicos destes pacientes. Tratou-se de estudo descritivo-transversal, em que se coletaram dados de 400 pacientes com HA, DM tipo 2 e HA e DM tipo 2, atendidos no CIDH, a partir de 8528 prontuários, considerando o período de julho de 2006 a julho de 2008, em Fortaleza – Ceará. Obteve-se, como resultado, a participação de 153 (38,3%) homens e 247 (61,8%) mulheres cuja idade variou de 60 a 103 anos, média de 72,39 anos (DP \pm 7, 385). Dentre os pacientes, 53(13,3%) eram portadores de HA, 46(11,5%) de DM e 301 (75,3%), acometidos de HA e DM concomitantemente. Nos pacientes, a co-morbidade associada revelou casos de retinopatia diabética 103 (25,8%), nefropatia diabética 63 (14,8%), neuropatia 97 (24,2%), cardiopatias 64 (16,0%), hipotireoidismo 21 (5,2%) e hipertireoidismo 07 (1,7%). Os acidentes vasculares cerebrais - AVCs foram notificados em 42 (10,5%), e o pé diabético em 128(32%) dos pacientes. O tabagismo apresentou-se em 73 (18,2%) dos pacientes, o etilismo em 85(21,2%), enquanto 287 (71,7%) dos pacientes registraram sedentarismo. Concluiu-se que a grande ocorrência de pacientes com HA e DM juntos justifica maior atenção por parte dos dirigentes do Sistema de Saúde em planejar, com maior rigor, ações conjuntas de prevenção e controle para essas duas patologias no sentido de diminuir seus agravamentos e complicações.

Palavras-chave: pessoas idosas; hipertensão arterial; diabetes *mellitus*, epidemiologia.

ABSTRACT

This researched analyzed the epidemiological characteristics of elderly patients in the Integrated Center of Diabetes and of Hypertension (CIDH) of the state of Ceará, to identify the frequency of hypertension (H) and of diabetes mellitus (DM), listing associated comorbidities, deleterious habits, control of the blood pressure and glycaemic levels of the patients. It was a cross descriptive study and its methodology collected data of 400 patient recorders with H, DM and H e DM type 2, attended in the ICDH, considering 8528 records, in the period of July 2006 to July 2008, in Fortaleza-Ceará. It obtained the participation of 153 (38.3%) men and 247 (61.8%) women whose age varied from 60 to 103 years, in an average of 72.39 years ($SD \pm 7, 385$). Among the patients, 13.3% were bearers of H, 11.5% of DM and the high value of 75.3% of H and DM concomitantly. In the patients, the associated comorbidities revealed cases of diabetic retinopathy (25.7%), diabetic nephropathy (15.7%), neuropathy (24.2%), heart disease (16%), Hypothyroidism (5.2%) and Hyperthyroidism (1.7%). The Cerebral Vascular Accident (CVA) was reported in 10.5% of patients and the diabetic foot in 32% of them. The smoking was presented in 18.2% of the cases, the alcohol consumption in 21.2% of them and 71.7% of the patients registered the sedentary lifestyle. It was concluded that the high occurrence of elderly patients with H and DM concomitantly justifies more attention by the leaders of the Health System to plan actions of prevention and control for these two diseases, in order to reduce their consequences and complications.

Keywords: Elderly patients. Hypertension. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

Em quase todos os países do mundo, desde o século passado, vem-se desenvolvendo um processo de envelhecimento populacional. Pessoas idosas passaram a ter maior representatividade e um número cada vez maior passou a sobreviver até idades mais avançadas (ALVES, LEITE e MACHADO, 2008).

O aumento da expectativa de vida na atual sociedade é resultado das várias conquistas tanto no campo do desenvolvimento econômico, quanto na saúde pública. Esse sucesso se configura como um dos mais importantes produzidos no último século (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004). No entanto, à medida que as sociedades envelhecem, os problemas de saúde entre idosos constituem aumento nos desafios para os sistemas de saúde.

Entendemos por envelhecimento o conceito aceito pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003), que preconiza ser “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O crescimento do número de pessoas idosas, indivíduos com 60 anos ou mais, em todo o mundo, leva a um aumento da demanda dos serviços de saúde, em virtude da maior demanda de doenças crônicas não-transmissíveis. Geralmente, essas patologias necessitam freqüentemente de intervenções de alto custo, acarretando “impactos na política e nos orçamentos da seguridade social” (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004).

Os números fornecidos pelo censo de 2006 indicam que o Brasil possuía em torno de 18 milhões de pessoas idosas. As estimativas sugerem que o número de idosos deva ultrapassar os 32 milhões nos próximos vinte anos, representando quase 13% da população (IBGE, 2006).

O quadro de morbi-mortalidade no Brasil foi modificado nos últimos trinta anos. Seu perfil, que era de um país de uma população jovem, passou para um quadro predominantemente de patologias complexas e dispendiosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (ALVES, LEITE e MACHADO, 2008).

Envelhecer não necessariamente significa adoecer. Infelizmente as doenças crônico-degenerativas aparecem com freqüência nos idosos, acarretando complicações indesejáveis para o idoso, a família e a sociedade.

O idoso demanda maior quantidade de serviços de saúde, internações hospitalares, e o período de ocupação dos leitos é maior. Geralmente, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, exigindo acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares, assim como intervenções contínuas (BRASIL, 1999).

Nesse contexto, despontam como patologias, dentro do perfil de doenças crônico-degenerativas, a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*, objeto de estudo deste artigo.

A Hipertensão Arterial (HA), uma das causas mais importantes de morbimortalidade no mundo, vem sendo considerada como um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca. Inserida nas conseqüências da falta de controle adequado dos níveis pressóricos está, além das doenças cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura. (BRASIL, 2001)

A prevalência da hipertensão na população adulta brasileira varia de 15% a 20%, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (2007). Para agravar esse quadro entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem ser portadores da doença. (FIRMO, BARRETO e LIMA-COSTA, 2003; CONVERSO e LEOCÁRDIO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (2006) apresenta o Diabetes *Mellitus* como outra grande preocupação da saúde pública. Sua prevalência é de 177 milhões de portadores da doença em todo o mundo, com a projeção de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025, número bastante preocupante. Essa patologia acarreta perdas humanas, sociais e econômicas. Suas complicações ocasionam cerca de 4 milhões de mortes por ano (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre certamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. (WAJCHENBERG, 2007 e SARTORI, et al., 2006)

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2006), são cerca de seis milhões de portadores de DM tipo 2, devendo alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Esta condição de saúde apresentava em estudos na década de 80, que a prevalência do DM no Brasil, era da ordem de 7,6% na população acima de 60 anos (MALERBI e FRANCO, 1992), contudo, pesquisas mais atuais colocam essa prevalência variando entre 15% e 20% (PASSOS et al. 2005; PICCINI et al., 2006; LIMA-COSTA, LOIOLA FILHO e MATOS, 2007) . Portanto, o DM apresenta alta morbidade, com perda importante na qualidade de vida, por constituir

complicações como cardiopatias isquêmicas, doença vascular periférica, doença renal, retinopatias, neuropatias, dentre outras (SCHEFFEL et al., 2004).

A estimativa da Organização Mundial da Saúde (1997) considera que 2% dos indivíduos acometidos por diabetes, após 15 anos de acometimento da doença, estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estima que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (WAJCHENBERG, 2007).

Diante do exposto, o objetivo em investigar os prontuários dos pacientes atendidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão se deu no intuito de identificar a frequência de acometimento destas patologias, relacionando co-morbidades associadas e seu controle quanto à pressão arterial e níveis glicêmicos destes pacientes.

MATERIAL E MÉTODO

O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão - CIDH é uma instituição que funciona na capital do Ceará, Fortaleza, atendendo pacientes não apenas residentes neste município, mas também indivíduos que vêm da região metropolitana e do interior do estado. Atua em nível secundário no combate e controle das patologias HA, DM, junto a pacientes que são encaminhando pela rede de atenção básica, por esta estar encontrando dificuldades de lidar com estes pacientes que apresentam essas patologias de forma mais agressiva. A pesquisa foi desenvolvida nesta instituição por se tratar de referência dentro do Estado do Ceará na atenção ao paciente portador de DM e HA.

O universo desta pesquisa foi composto por 8528 prontuários de idosos (considerados ativos por receberem tratamento regular), referentes ao arquivo de pacientes idosos com 60 anos e mais, atendidos no CIDH. Limitou-se o número de prontuários mediante corte transversal histórico, correspondente ao período de julho de 2006 a julho de 2008. Foi adotado como critério de inclusão todos os pacientes cadastrados, com \geq de 60 anos, independente do sexo, condições sócio-econômicas, número de consultas e localização de moradia, cujo prontuário estava devidamente preenchido.

Tendo em vista a extensa população, utilizamos uma amostra calculada estatisticamente de 400 prontuários, considerando um intervalo de confiança de 95%. No

sentido da obtenção das características fiéis do Universo, foi empregado o método da amostra aleatória. Numeraram-se as 74 prateleiras existentes onde os prontuários estavam distribuídos, realizando-se um sorteio para a obtenção da primeira prateleira na qual foram colhidos os prontuários. Para a composição da amostra, retiraram-se, inicialmente, de cada prateleira sorteada, 30 prontuários, sendo realizado, seqüencialmente, novo sorteio para a obtenção dos subseqüentes. Fizeram-se necessários 23 sorteios, sempre se descartando os números já sorteados.

No intuito de classificar os valores obtidos com diagnóstico de Hipertensão Arterial, baseou-se pelo critério definido no documento da V Diretrizes Básicas de Hipertensão Arterial (2007), que considera a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, ou seja, PA 140/90 mmHg.

Foram considerados diabéticos os pacientes com glicemia de jejum acima de 110mg/dl, assim como pacientes com diagnóstico prévio de diabetes *mellitus*, em tratamento, confirmados em exame, na primeira consulta ou em qualquer atendimento. Esses valores são os empregados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2000).

Os dados foram coletados por um único pesquisados que, previamente ao início da parte experimental, recebeu treinamento com finalidade de uniformizar e padronizar as variáveis investigadas. Foi elaborado um instrumento - formulário (Apêndice A), cujo objetivo foi transcrever os dados secundários obtidos nos prontuários dos referidos pacientes, tais como: identificação do participante (sexo, idade, localização de moradia, classe social, amparo familiar, etc.); tempo de acometimento da(s) patologia(s); fatores de risco; comorbidades associadas e uso de medicamentos.

Os dados foram organizados no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0. Foi realizada uma análise descritiva no intuito de determinar a distribuição das variáveis.

Para obtenção dos dados e desenvolvimento deste estudo, o projeto de pesquisa foi submetido a uma comissão interna no CIDH, um termo de autorização foi assinado pelo diretor, fiel depositário do material arquivado. Posteriormente, foi aprovado pelo Comitê de Ética - COÉTICA da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob nº 138/2008, conforme

normas do Conselho Nacional de Saúde. As informações que identifiquem de forma direta ou indiretamente os pacientes não foram divulgadas em nenhum momento.

RESULTADOS

Investigaram-se nesta pesquisa 400 prontuários pertencentes a pacientes portadores de HA e DM, cuja idade variou de 60 a 103 anos com média de 72,39 anos e desvio padrão 7,385. Dentre os pacientes, 153 (38,3%) pertenciam ao sexo masculino e 247 (61,8%) ao sexo feminino. Quanto ao estado civil, 255 (63,8%) eram casados, 74 (12,5%) viúvos, 49 (12,3%) solteiros e 22 (5,5%) separados. O tempo de convivência com a(s) doença(s) variou de 1 a 45 anos com média de 15,3 anos.

Na tabela 1, observa-se a distribuição e a porcentagem do tipo de doença Hipertensão, Diabetes *mellitus* e Hipertensão e Diabetes *mellitus*.

Tabela 1. Frequência e porcentagem do tipo de doença dos pacientes atendidos no CIDH. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
Hipertensão	53	13,3
Diabetes <i>mellitus</i>	46	11,5
Hipertensão e Diabetes <i>mellitus</i>	301	75,3
Total	400	100,0

Na tabela 2, são apresentados dados referentes à distribuição de frequência das doenças associadas à HA, DM e HA/DM.

Tabela 2. Distribuição de frequência das doenças associadas à HA, DM e HA/DM. Fortaleza, 2008.

Tipo de Doença	Doenças Associadas															
	Retinopatia		NFD		ND		Hipo.		Hiper.		Cardiop.		AVC		Pé diab.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	05	9,4	04	7,5	02	3,7	08	15,0	03	5,6	09	16,9	05	9,4	00	--
Diabetes	15	32,6	05	10,8	10	21,7	01	2,1	00	--	04	8,6	02	4,3	22	47,8
Hipertensão e Diabetes	83	27,5	54	17,9	85	28,2	12	3,9	04	1,3	51	16,9	35	11,6	106	35,2
Total da Amostra	103	25,8	63	15,8	97	24,2	21	5,2	07	1,8	64	16,0	42	10,5	128	32,0

Na tabela 3, destaca-se a distribuição de frequência dos níveis de glicose dos pacientes acometidos de HA, no DM e HA/DM associados.

Tabela 3: Distribuição de frequência dos níveis de glicose na última consulta, dos pacientes com HA, no DM e HA/DM associados. Fortaleza, 2008.

Tipo de Doença	Glicose					
	<110mg/dl=normal		De 111 a 125mg/dl= pré diabético		>125md/dl= diabético	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	29	54,7	05	9,4	18	33,9
Diabetes	12	26,1	01	2,1	34	73,9
Hip. e Diab.	30	9,9	15	4,9	256	85,0
Total da Amostra	71	17,8	21	5,2	308	77,0

Na tabela 4, demonstra-se a distribuição dos níveis de pressão arterial – PA, nas patologias HA, DM e HA/DM associadas.

Tabela 4. Distribuição dos níveis de pressão arterial – PA, nos pacientes com patologias HA, DM e HA/DM associadas. Fortaleza, 2008.

Tipo de Doença	Pressão Arterial/PA					
	>120/80mm Hg= normal		De 120-130/80-89mmHg= pré-hipertenso		<140/90 mmHg= hipertenso	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	03	5,0	11	11,1	38	15,7
Diabetes	14	23,3	13	13,1	20	8,0
Hip. e Diab.	30	50,0	75	75,7	193	80,0
Total da Amostra	60	15,0	99	24,8	241	60,2

DISCUSSÃO

Nesse estudo, no que diz respeito ao gênero, o sexo feminino apresentou uma incidência superior ao masculino. Essa prevalência também aconteceu em estudos como de Lima-Costa, Loyola Filho e Matos (2007) em que, esses valores foram de 60,8% para as

mulheres e de 39,2% para os homens. Scheffel et al.(2004) em estudo com pacientes ambulatoriais portadores de DM tipo 2, também encontraram maior quantidade de pessoas do sexo feminino (57,9%) em relação ao masculino (42,0%), no entanto, Souza et al.(2003) identificaram valores proporcionais de 49,0% para os homens e 51,0% para as mulheres.

A tabela 1 permite visualizar maior percentual de pacientes acometidos com HA e DM concomitantemente (75,3%), seguido dos acometidos de HA (13,3%) e DM isolados (11,5%). Este dado vai de encontro ao de Paniz et al. (2008) em idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, cujos valores de pacientes que convivem com HA (40,6% e 51,1%) é superior aos indivíduos que são portadores de HA e DM ao mesmo tempo (14,6% e 15,6%). No entanto, Toscano (2004) salienta que a HA é uma co-morbidade que aparece com frequência no portador de DM, o que representa um risco adicional a estes pacientes para o aumento de complicações macrovasculares.

Dentre os 400 pacientes do estudo, foi detectado o fato de que 103 eram portadores de retinopatia, representando uma porcentagem de 25,8%, valores próximos ao achado por Tres et al.(2007), 28,8%, em uma amostra de 340 diabéticos. Este dado é corroborado pela estimativa da Organização Mundial da Saúde (2006) na qual 30 a 45% de pessoas com 15 anos ou mais de acometimento de DM terão algum grau de retinopatia. Importante observar que esta média de tempo foi à mesma encontrada nesta pesquisa.

Outro dado que merece ser considerado diz respeito ao fato de que a maioria das retinopatias estava relacionada aos pacientes que, concomitantemente, eram portadores de HA e DM. Cignarelli et al. (1992), em um estudo transversal, mostraram que pacientes com DM e HA foram associados a maior prevalência e gravidade da retinopatia. Quanto aos pacientes portadores de HA e de retinopatia, os valores encontrados (ver tabela), são inferiores ao encontrados por Sakata et al.(2002) em pesquisa com hipertensos sem diabetes (12,1%). Este dado é preocupante, no sentido que informa que HA, mesmo sendo encontrada sem o DM, pode ser importante fator de risco para a retinopatia (NEGRETTO et al., 2008).

Neste estudo, identificou-se que 15,8% dos sujeitos eram portadores de Nefropatia Diabética – NFD. Este achado está em consonância com os estudos de Peres et al. (2007), nos quais 16,1% de pessoas estavam acometidos de NFD em uma população de indivíduos com deficiência renal crônica, contudo apresenta valores inferiores se considerados com os achados de Scheffel et al. (2004), que obtiveram uma prevalência de 28% e o de Bruno e

Gross (2000) em que 61,0% dos pacientes eram acometidos do DM, embora estes últimos já estivessem realizando hemodiálise. Segundo Gambert e Pinkstaff (2006), a NFD é um dos principais problemas encontrados em idosos com diabetes, agravado pela HA quando esta não está controlada, sendo essas duas patologias as responsáveis pela maioria dos casos de diálise em idosos. Neste contexto, Borch-Johnsen (1994) identificou que, havendo tratamento anti-hipertensivo efetivo em pacientes com NFD, há um aumento da expectativa de vida entre 4 e 14 anos.

No que diz respeito à Neuropatia Diabética - ND, os dados encontrados são da ordem de 24,2%, valores inferiores aos de Scheffel et al. (2004) 36%, contudo próximos àqueles de Tres et al. (2007), cuja patologia foi diagnosticada com percentual de 22% em pacientes idosos com DM e que fazem uso de insulina por muito tempo. Porém, para o autor, não houve associação entre o fato de o paciente ter neuropatia e hipertensão.

Os valores obtidos nesta pesquisa, em relação ao hipotireoidismo, foram de 5,2% e hipertireoidismo 1,8%. Pimenta et al. (2005) identificaram, em uma pesquisa com grupo controle, maior porcentagem de pacientes com tireopatias no grupo daqueles portadores de DM. Silva (2005) concluiu, a partir de revisão de literatura, que as tireopátias são mais freqüentes em pacientes com DM e sugeriu que todos os pacientes portadores de DM devesseser submetidos a monitoramento em relação a esses agravos, assim como na detecção de disfunções tireoidianas assintomáticas.

Quanto às cardiopatias, 16% da população estudada encontrava-se com algum tipo de doença cardiovascular, números inferiores aos de Scheffel et al. (2004), 36%, porém também preocupantes, em função de os portadores de DM apresentarem pior prognóstico para a doença cardiovascular, com menor sobrevida e pior resposta aos tratamentos (FOX et al., 2006). Além disso, as cardiopatias vêm apresentando maiores números em relação às cerebrovasculares (MATHIAS,JORGE e LAURETTI, 2004), questão que, também, aparece neste estudo, tendo em vista que, em nossa população, 10,5% já tinham tido alguma forma de AVC versus 16% de cardiopatias. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) a HA e o DM constituem importantes fatores de risco para o AVC. Pires, Gagliani e Gorzoni (2004) identificaram, em sua pesquisa, que, dentre 262 pacientes idosos com episódio de AVC isquêmico, 87,8% possuíam HA e 19,9% DM. Salientamos que consideramos cardiopatia para esta pesquisa qualquer evento de infarto no miocárdio, válvula, insuficiência cardíaca, etc.

Outra co-morbidade de relevância diz respeito ao pé diabético, patologia que, nesta pesquisa, teve registro em 32% dos pacientes e, dos que foram identificados 82,9 % estavam classificados como portadores de HA/DM. Vale ressaltar que foram classificados como tendo pé diabético todos os pacientes com diagnóstico clínico de úlcera no pé, pés edemaciados e casos de amputações, mas que possuem um novo evento de feridas, ulcerações e micoses interdigitais. Esse valor é inquietante tendo em vista que, segundo a American Diabetes Association - ADA (1999), entre pacientes diabéticos, 15% terá úlcera no pé, e destes, aproximadamente, 14 a 24%, sofrerão uma amputação. Assim como a população estudada, encontra-se dentro do perfil que os diabéticos mais propensos a desenvolver lesões em membros inferiores: aqueles com DM tipo 2, idosos e com mais de 10 anos de diagnóstico da doença (MILMAN, 2001).

Em relação aos valores da glicemia, apenas 17,8% dos pacientes deste estudo estavam com valores normais preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2008), valores corroborados pelo estudo de Scheffel et al.(2004) com números em torno de 16%. Ressalta-se, porém, que os valores glicêmicos considerados alterados representaram 77% da população estudada, dado preocupante para uma população que se encontra em tratamento. Enfatizamos que os valores utilizados na pesquisa, foram referentes ao último atendimento do pacientes no CIDH. Contudo, Paiva, Bersusa e Escuder (2006) identificaram, em pesquisa sobre usuários de um Programa Saúde da Família, que a maioria (57%) também apresentou controle glicêmico abaixo do normal, ressaltando que, em seu estudo, não se tratava apenas de pessoas idosas.

No que diz respeito ao controle da pressão arterial - PA, observou-se que 15 % da amostra se encontrava com níveis de PA dentro da faixa da normalidade, números inferiores ao encontrados por Souza et al., (2003) em Campo dos Goytacazes (35,3%) e aos identificados por Firmo, Barreto e Lima-Costa (2003) em Bambuí (38,8%). O alto percentual de pessoas com os níveis de PA acima da faixa de normalidade torna-se preocupante tendo em vista que a existência de HA sem o devido controle é importante fator de risco para as amputações dos membros inferiores em pacientes com DM (GAMBA et al., 2004).

CONCLUSÕES

Em face dos dados encontrados neste estudo, é possível concluir que: a) em dois terços dos pacientes, houve a predominância de, concomitantemente, HA e DM, fato inquietante em virtude de ambas as doenças constituírem fatores importantes para o desenvolvimento de agravos incapacitantes como cardiopatias e retinopatias; b) o pé diabético constitui-se problema de saúde pública em virtude de sua alta prevalência c) contudo, dos pacientes analisados, apesar de estes possuírem registro no CIDH, não se pode afirmar que estão com o controle metabólico adequado, sobretudo os portadores das duas patologias, que são propensos ao aparecimento e/ou o agravamento de outras co-morbidades.

REFERÊNCIAS

1. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, 2007.
2. ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 833 – 840, 2004.
3. ALVES, Luciana C.; LEITE, Iúri C.; MACHADO, Carla J.. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1199 – 1207, 2008.
4. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Consensus development conference on Diabetic foot wound care. **Diabetes Care**. 1999; 22:1354-60.
5. BASTOS, Núbia M. G. **Introdução a metodologia do trabalho acadêmico**. Fortaleza, 2003.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: 2001.
7. _____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, de 9 dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez, seção 1.
8. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 16**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.
9. BORCH-JOHNSEN, K. The economics of screening for microalbuminuria in patients with insulin dependent diabetes mellitus. **Pharmacoeconomics** v.5, p. 357–360, 1994.
10. BRUNO, RM; GROSS JL. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis. A 3.6-year follow-up study. **J Diabetes Complications** v.14, 2000.
11. CIGNARELLI, M. et al. High systolic blood pressure increases prevalence and severity of retinopathy in NIDDM patients. **Diabetes Care**, v. 15, 1992.
12. CONVERSO, Maria. E. R; LEOCÁDIO, Priscila. L. L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. **Revista Ciência em Extensão**. v.2, n.1, p.13 -23, 2005.
13. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **População Residente do Ceará – 2007**. Disponível em: <http// www.tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em: 05/10/2007
14. FIRMO, Josélia O. A.; BARRETO, Sandhi M.; LIMA-COSTA, M. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older

- adults in the community. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817 – 827, 2003.
15. FOX, Caroline S. et al. Trends in the Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus From the 1970s to the 1990s - The Framingham Heart Study. **Circulation**. Jun. p. 2913 – 2918, 2006.
 16. GAMBA, Mônica A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, Jun, vol.38, n.3, p.399-404, 2004.
 17. GAMBERT, Steven R; PINKSTAFF, Sally. Emerging Epidemic: Diabetes in Older Adults: Demography, Economic Impact, and Pathophysiology. **Diabetes Spectrum** v. 19, nº 4, p. 221 – 228, 2006.
 18. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Revisão 2003**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007.
 19. _____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
 20. LIMA-COSTA, Maria F. LOYOLA FILHO, Antônio I. MATOS, Divane L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Caderno de Saúde Pública**,v.23, no.10, p.2467-2478. Out, 2007.
 21. MALERBI. D.A. ;FRANCO.L.J.. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**. 1992.
 22. MARTINS JR, Antonio N.N. et al . Frequency of stroke types at an emergency hospital in Natal, Brazil. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 65, n. 4b, p. 1139 – 1143. 2007.
 23. MATHIAS, Thais A. F.; JORGE, Maria H. P.M.; LAURENTI, Ruy. Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, n. 6, p. 533 – 541,2004.
 24. MILMAN, Mauro H.S.A.et al. Pé Diabético: Avaliação da Evolução e Custo Hospitalar de Pacientes Internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, V. 45, n. 5, p. 447 – 451. 2001.
 25. NEGRETTO, Alan D. et al. Avaliação da retinopatia hipertensiva através do potencial oscilatório do eletrorretinograma. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**. v. 71, n. 1, pp. 38-42. 2008.
 26. OMS – Organização Mundial de Saúde. **Definition And Diagnosis Of Diabetes Mellitus And Intermediate Hyperglycemia**. Suíça, 2006.

27. OPAS (Organización Panamericana de La Salud). **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.
28. PAIVA, Daniela C. P. de; BERSUSA, Ana A. S.; ESCUDER, Maria M. L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377 – 385. 2006.
29. PANIZ, Vera M. V. et al . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. p. 267 – 280, 2008 .
30. PASSOS, Valéria M. A. et al . Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 66 – 71, 2005 .
31. PICCINI, Roberto X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. p. 657 – 677, 2006 .
32. PIRES, Sueli L.; GAGLIARDI, Rubens J.; GORZONI, Milton. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3b, Set. p. 844 – 851, 2004.
33. PERES, Luis A.B. et al . Aumento na prevalência de diabete melito como causa de insuficiência renal crônica dialítica: análise de 20 anos na região Oeste do Paraná. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, Fev. p. 111 – 115, 2007.
34. PIMENTA, Walkyria P. et al. Associação de tireopatias em uma população de pacientes com diabetes. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v.49, n.2, p.234-240, Abr 2005.
35. SARTORI, Maria S. et al . Contribuição da glicemia pós-desjejum para o controle glicêmico do paciente com diabetes *mellitus* tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 53 – 59, 2006.
36. SAKATA, Kenji et al. Hipertensão e retinopatia hipertensiva. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia.**, v.65, no.2, p.207-211. Mar 2002.
37. SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 82, 2006.
38. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.
39. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus**. 1998. <http://www.diabetes.org.br> (acessado em 18/Fev/2008).

40. SCHEFFEL, Rafael S. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 263 – 267, 2004.
41. SILVA, Regina C. Importância da avaliação da função tireoidiana. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabólica**. v. 49, n.2, Abr. p. 180 – 182, 2005.
42. SOUZA, Luiz J. et al. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. v.47, no.1, p.69-74. Fev 2003.
43. TOSCANO, Cristiana M.. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. P. 885 – 895, 2004.
44. TRES, Gláucia S. et al . Prevalence and characteristics of diabetic polyneuropathy in Passo Fundo, South of Brazil. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 6, Ago. p. 987 – 992, 2007.
45. WAJCHENBERG, Bernardo L. Postprandial glycemia and cardiovascular disease in diabetes mellitus. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 212 – 221. 2007.

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE PACIENTES IDOSOS,
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES *MELLITUS***

Social-demographic profile of elderly patients, bearers of hypertension and of diabetes mellitus

Ana Karine Lima Moreira

Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Centro de Ciências da Saúde, UNIFOR.

Endereço: Rua Francisco Leandro, 272, casa 11 – Lagoa Redonda. CEP 60.840-800 – Fortaleza, Ceará – Brasil.

Tel.: (85) 32715230/88392136

E-mail: akarinelm@yahoo.com.br

Maria Vieira de Lima Saintrain

Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Centro de Ciências da Saúde. Curso de Odontologia e Mestrado em Saúde Coletiva.

RESUMO

Objetivou-se, nesta pesquisa traçar o perfil sócio-demográfico de 400 pacientes idosos acolhidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), em Fortaleza, Ceará. Dentre os pacientes, 53 (13,3%) eram portadores de Hipertensão, 46(11,5%) de Diabetes *Mellitus* e 301(75,3%) acometidos de Hipertensão e Diabetes *Mellitus* concomitantemente. Tratou-se de estudo descritivo transversal observacional a partir de amostra aleatória retirada de 8528 prontuários do período de julho de 2006 a julho de 2008. Obteve-se como resultado a participação de 153 (38,3%) homens e 247 (61,8%) mulheres cuja idade variou de 60 a 103 anos, média de 72,39 anos (DP \pm 7, 385). Identificou-se que os homens, na maioria estavam casados 116 (75,8%) em relação às 139 (56,3%) mulheres, enquanto a viuvez predominou entre as mulheres 63 (25,5%) versus 11 (7,2%) nos homens. Os pacientes foram diagnosticados, mais freqüentemente, por exame de rotina 235 (58,8%), seguido por tratamento de infecções 100 (25%), 54(13,5%) internamento hospitalar e 11(2,8%) por ocasião de campanhas. Em Fortaleza, residem 321 (80,2%) dos idosos e, 79(19,8%) no interior e região metropolitana. Relativo ao apoio informal, 169 (42,2%) idosos freqüentavam o CIDH na companhia de filhos(as), 97(24,2%) do cônjuge e 40 (10%) amigos e vizinhos, enquanto 94(23,5%) eram desacompanhados. Os maiores dados relativos à ocupação foram de aposentados ou pensionistas 127 (31,75%), domésticas 83 (20,75%), donas-de-casa, 58 (14,5%) e comerciantes 27 (6,8%). Os pacientes convivem em média 15,3 anos com a(s) doença(s), e 205 (51,3%) deles tomam mais de 4 tipos de medicamentos. Relativo ao controle metabólico, 225 (56,2%) apresentavam baixo nível de HDL, 88 (22%) e 154 (35,1%), altas taxas de LDL e triglicérides, respectivamente. Foram detectados 157 (39,5%) dos pacientes com sobrepeso. Conclui-se, com este trabalho, que o quadro delineado levanta a necessidade de ações específicas de prevenção e cuidado com o público idoso portador de HA e DM.

Palavras-chave: Pessoas idosas; hipertensão, diabetes, perfil da clientela.

ABSTRACT

The study traced the socio-demographic profile of 400 elderly patients attended in the Integrated Center of Diabetes and of Hypertension (ICDH), in Fortaleza, Ceará. Among the patients, 13.3% were carriers of Hypertension (H), 11.5% of Diabetes Mellitus (DM) and 75.3% of H and DM concomitantly. It was a cross descriptive study considering the random sample of 8528 records in the period of July 2006 to July 2008. It obtained the participation of 153 (38.3%) men and 247 (61.8%) women whose age varied from 60 to 103 years, in an average of 72.39 years ($SD \pm 7, 385$). It was identified that most part of men were married (75.8%) compared to women (56.3%), while the widow prevailed among women (25.5%) *versus* 7.2% in men. The patients were diagnosed, mostly, by a routine examination (58.8%), followed by treatment of infections (25%) and hospitalization (13.5%) and 2.8% by campaigns. In Fortaleza, live 80.2% of the elderly patients and 19.8% lives in the metropolitan area. About the informal support, 169 (42.2%) of the elderly patients were attended in the ICDH in the company of their children, 97 (24.2%) of the husband (or wife) and 40 (10%) of friends and neighbors, while 94 (23.5%) were unaccompanied. The principal data about their occupation were that they are retirees or pensioners (31.75%), household (20.75%), home-owners (14.5%) and traders (6.8%). The patients live with the disease(s) in an average of 15.3 years and 51.3% of them took more than 4 types of medicines. About the metabolic control, 56.2% had low HDL and 22% and 35.1% high LDL and triglycerides, respectively. It was detected that 157(39.5%) of the patients were overweight. It was concluded, with this work, that the framework delineated shows the need for specific actions to prevent and to care of the elderly group that is bearer of H and of DM.

Keywords: Elderly patients. Hypertension. Diabetes. Prevention.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno observado em todo o mundo. A faixa etária das pessoas com mais de 60 anos está crescendo mais do que todas as outras. As estimativas são de que, em 2025, existirão em torno de 2 bilhões de pessoas idosas em todo o mundo (OPAS, 2005).

O Brasil mudou, em menos de trinta anos, de um perfil de morbi-mortalidade de uma população jovem, para um quadro caracterizado por agravos complexos e caros, próprios das idades mais avançadas (VERAS, CALDAS e ARAÚJO, 2008).

Existem no Brasil, aproximadamente, 18 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos. Este número representa quase 10% da população brasileira, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). Estima-se que o percentual de idosos chegue a 15% em 2020. No Ceará, as estimativas são de 733 mil idosos, números que representam 9,1% da população do Estado (DATASUS, 2007).

O envelhecimento, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), pode ser compreendido como um “processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, senilidade”.

No documento, consta, também, que algumas alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem ter seus efeitos diminuídos por comportamentos mais ativos na vida diária. Deve-se estar atento, ainda, para não interpretar que todas as alterações que acontecem com a pessoa idosa sejam conseqüências do processo de envelhecimento, o que pode impedir a identificação e o tratamento de patologias mais precocemente, assim como o contrário: entender e agir como se o processo de envelhecimento fosse uma doença e preencher a vida da pessoa idosa de exames e tratamentos desnecessários, tendo em vista que alguns sintomas aparentes são frutos do envelhecimento natural (BRASIL, 2006c).

Contudo, para Motta e Aguiar (2007), o público idoso se apresenta com mudanças fisiológicas e patológicas que tendem para a crescente dependência. Do ponto de vista teórico, tal fato aponta para a necessidade de um aprofundamento maior de conceitos, no que diz respeito aos níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como uma questão prioritária na agenda de saúde do país, com a promulgação da nova política nacional de saúde

da pessoa idosa, cujo objetivo é fundamentar as ações do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela que se encontra em processo de envelhecimento.

Em virtude da mudança do perfil epidemiológico, há um aumento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, da mesma forma que as autoridades sanitárias se vêem diante de um grande desafio, em especial no que diz respeito à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema (BRASIL, 2006c).

Veras e Caldas (2008) afirmam que adoecer não necessariamente é uma consequência inevitável da velhice. Além disso, os avanços na ciência da saúde e tecnologia tornaram realidade a possibilidade de envelhecer com uma maior qualidade de vida.

Para que o indivíduo envelheça bem, no entanto, se faz importante que ele possua oportunidade para usufruir de condições adequadas de saúde, educação, moradia, alimentação, durante todo o seu curso de vida (LINHARES, COELHO e GUIMARÃES, 2003). Além disso, compreender o processo de envelhecimento poderá ajudar os idosos a viver com um bom nível de saúde.

Dessa forma, Linhares, Coelho e Guimarães (2003) asseguram que estudos sobre a população idosa são cada vez mais importantes, assim como a procura constante por capacitação profissional-específica e um melhor e maior planejamento das políticas de saúde pública. Sales e Santos (2007) consideram ainda que estudos os quais realizem o levantamento de dados úteis para o direcionamento da oferta dos serviços de saúde têm relevância destacada no momento atual. Portanto, o tema da terceira idade surge como uma questão para investigação e discussão, tendo em vista o inevitável crescimento da demanda ao sistema de saúde (VERAS, 2003).

Dados do Ministério da Saúde (2006a) estimam que a hipertensão arterial atinja em torno de 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro-vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano. No mesmo sentido, em outro documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), o Diabetes *Mellitus* (DM) é entendido como epidemia mundial onde, apenas no Brasil, existem cerca de 6 milhões de portadores, devendo alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. No Brasil, as duas patologias, juntas, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e

representam 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, faz-se necessária a identificação destes idosos, que convivem com doenças crônicas não transmissíveis, de forma mais específica. Segundo Bueno et al. (2008), vive-se um momento de maior necessidade de estudo sobre os fatores que influenciam o aumento das doenças crônicas não transmissíveis associadas à idade. Meirelles et al. (2007) salientam que informações relacionadas às características das pessoas idosas proporcionam ao serviço de saúde gerenciar a assistência à saúde de maneira mais coerente e adequada à realidade vivida pela clientela. Ainda, segundo os autores, dados como idade, sexo, condições socioeconômicas, além da descrição dos problemas e necessidades que afetam a população idosa, com ênfase nas questões que influenciam o estado de saúde e o bem-estar geral, são preciosos. Dessa forma, o setor saúde tem de estar preparado para lidar com o aumento do número de casos, em grupos populacionais de características específicas.

Motta e Aguiar (2007), em artigo sobre envelhecimento e interdisciplinaridade, mencionam que há carência de treinamento específico junto aos profissionais de saúde, ocasionando dificuldade na identificação e intervenção nas síndromes geriátricas. Para os autores, é função dos profissionais de saúde trabalhar junto ao paciente e suas família/cuidadores situações de perda e morte. No entanto, conceitos específicos de gerontologia, como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade e outros, não estão sendo contemplados de forma habitual nos conteúdos da graduação, mas são de fundamental importância para a formação de condutas adequadas.

O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Ceará - CIDH, local onde se desenvolveu esta pesquisa, é uma instituição de nível secundário e referência para o tratamento e controle da Hipertensão Arterial – HA e do Diabetes *Mellitus*. Aparece como uma iniciativa do Estado do Ceará, não se restringindo a ações de efeito terapêutico, mas também de prevenção e produção de conhecimento.

Este artigo pode contribuir para o debate e idealização de políticas públicas, no sentido de fornecer informações que dizem respeito ao perfil sócio-demográfico do idoso, atendido em uma instituição de nível secundário, com foco em portadores de Hipertensão - HA e/ou Diabetes *Mellitus* – DM, pois possibilita o acesso e o conhecimento de maiores características dessa clientela tão preenchida de especificidades.

MATERIAL E MÉTODO:

O universo da pesquisa constituiu-se de pacientes com 60 anos e mais, usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Ceará - CIDH. A citada instituição possui cerca de 30.000 prontuários ativos, destes 8528 prontuários são referentes a pacientes idosos em que o universo do estudo se estabeleceu.

A população estudada neste artigo foi composta por 400 idosos atendidos no CIDH no período de julho de 2006 a julho de 2008 que, em pesquisa preliminar, foram classificados como hipertensos 53 (13%), diabéticos 46 (11,7%) e portadores das duas morbidades 301 (75,3%).

Utilizaram-se como critério de inclusão na amostra, todos os pacientes cadastrados independente do sexo, condições sócio-econômicas, número de consultas e localização de moradia, cujos prontuários estavam devidamente preenchidos.

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa descritiva observacional, em que se utilizou um corte transversal no sentido de produzir um “recorte” da população estudada.

Utilizou-se o método da amostra aleatória com o objetivo de se obter características fideis do universo. Foram identificadas as 74 prateleiras onde os prontuários estavam distribuídos e numerados, realizando-se um sorteio para a obtenção da primeira na qual os prontuários seriam colhidos. Para a composição da amostra, foram retirados, inicialmente, de cada prateleira sorteada, 30 prontuários consecutivos, sendo realizado seqüencialmente novo sorteio para a obtenção dos prontuários das prateleiras subseqüentes. Fizeram-se necessários 23 sorteios, sempre descartando os números já sorteados.

Os dados foram coletados por um único pesquisador que, anteriormente ao início da parte experimental, recebeu treinamento com o objetivo de uniformizar e padronizar as variáveis investigadas. Elaborou-se um instrumento - formulário (Apêndice A), cujo objetivo foi transcrever os dados secundários obtidos nos prontuários dos referidos pacientes, tais como: identificação do participante (sexo, idade, localização de moradia, amparo familiar, etc.); tempo de acometimento da(s) patologia(s); fatores de risco (etilismo, sedentarismo, obesidade, tabagismo, triglicérides e colesteromia); e, uso de medicamentos.

Com o objetivo de classificar os valores obtidos dos pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial, baseou-se pelo critério definido na V Diretrizes Básicas de Hipertensão

Arterial (2007), que considera a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg ou seja, PA 140/90 mmHg. Os pacientes podiam ser classificados ainda, de acordo com sua PA, de normotensos – PA = 120-139/80-89, HA moderada – PA=140-159/90-99 e HA severa \geq 160/100.

De acordo com os dados dos prontuários, foram considerados pacientes diabéticos aqueles com glicemia de jejum acima de 126mg/dl (miligrama por decilitro) ou glicemia pós-prandial \geq 200mg/dl, assim como pacientes com diagnóstico prévio de Diabetes *mellitus*, em tratamento, confirmados em exame. Esses valores são os empregados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), que classifica ainda de pré-diabéticos indivíduos, cujos valores da glicose não preenchem os critérios para o diagnóstico de DM, porém são muito elevados para serem enquadrados como normais. A referência de utilização de orientação, nestes casos, é glicemia de jejum acima de 100mg/dl e abaixo de 126mg/dl.

Utilizando-se dos dados do prontuário, consideraram-se segundo a classificação da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo - SBEM (SANTOS, GUIMARÃES e DIAMENT, 1999), pacientes obesos, aqueles cujo Índice de Massa Corporal (IMC) foi igual ou superior a 30,0kg/m² e com sobrepeso aquelas entre 25,0 e 29,9kg/m² e, pela mesma classificação, os valores de \geq 35mg/dl para o HDL, \leq 160,0mg/dl para o LDL e \leq 201,0mg/dl para o triglicerídeo sérico.

Nesta pesquisa foram compreendidos como prática de atividade física regular pacientes que realizam qualquer modalidade de atividade física, com frequência de, no mínimo, três vezes por semana e em um período mínimo diário de 30 minutos, seguindo a classificação da SBEM (SANTOS, GUIMARÃES e DIAMENT,1999).

Os dados foram organizados no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0. Foi realizada uma análise descritiva, tendo por base o conhecimento da distribuição das variáveis.

Para obtenção dos dados e desenvolvimento desta pesquisa, o projeto de pesquisa foi submetido a uma comissão interna no CIDH, um termo de autorização foi assinado pelo diretor, fiel depositário do material arquivado. Posteriormente, foi aprovado pelo COÉTICA da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob nº 138/2008, conforme normas do Conselho

Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). As informações que identifiquem de forma direta ou indiretamente os pacientes não serão divulgadas em nenhum momento.

RESULTADOS

Dos 400 prontuários selecionados para compor esta amostra identificou-se que 153 pacientes eram do sexo masculino e 247 do feminino. Observou-se que a maioria dos homens eram casados (116), mas havia 15 solteiros, 11 viúvos e 11 separados. Quanto às mulheres, identificaram-se 139 casadas, 63 viúvas, 34 solteiras e 11 separadas. A idade variou de 60 a 103 anos com média de 72,39 anos e desvio padrão de 7,385.

Em relação à forma de diagnóstico, 235 (58,8%) pacientes obtiveram, por meio de exames de rotina, 100 (25%) por tratamento de infecções, 54 (13,5%) por meio de internamentos e 11 (2,8%) por ocasião de campanhas. O tempo de convivência com a(s) doença(s) teve média de 15,3 anos, variando de 1 a 45 anos.

Identificou-se que, no município de Fortaleza, residia o maior número de pacientes atendidos no CIDH, com um total de 321 (80,2%) idosos; enquanto, no interior e região metropolitana, o número foi apenas de 79 (19,8%) pacientes.

No que diz respeito ao acompanhante dos pacientes nas consultas, identificou-se que 94 (23,5%) deles apresentavam-se sozinhos, sem qualquer auxílio, 169 (42,2%) acompanhados de filhos, 97 (24,2%) de cônjuge, e 40 (10%) de amigos, vizinhos etc.

Dos 52 idosos com hipertensão, no momento do último atendimento no CIDH, 17 (32,6%) foram classificados como hipertensos graves, 21 (40,3%) hipertensos moderados e (21,1%) normotensos. Apenas 3 (5%) dos pacientes encontravam-se com os valores da PA dentro dos níveis de normalidade, ou seja, controlados. Em relação aos 47 portadores de diabetes, 34 (72,3%) registravam níveis de glicemia acima de 126mg/dl e 13(27,6%) encontravam-se com valores aceitáveis (controlados). Quanto aos 301 portadores das duas patologias, 85 (28,2%) estavam classificados como hipertensos graves, 98 (32,5%) como moderados, 75 (24,9%) normotensos e apenas 43(14,2%) estavam com a PA controlada. Estes mesmos pacientes, em relação aos níveis glicêmicos, 256 (85%), achavam-se fora dos limites aceitáveis, ou seja, acima de 126 mg/dl, 15 (4%) eram pré-diabéticos e 30 (9%) estavam com a glicose dentro dos valores de normalidade. Todos os valores foram encontrados no último atendimento.

Na tabela 1, são fornecidos os dados a respeito do uso de medicação.

Tabela 1. Distribuição da quantidade de medicamentos utilizados por paciente e tipo de doenças dos usuários atendidos no CIDH - Fortaleza – CE, 2008.

Tipo de Doença	Quantidade de Medicamentos									
	1 medicamento		2 medicamentos		3 medicamentos		4 medicamentos		5 medicamentos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	1	1,8	12	22,6	23	43,4	13	24,5	2	3,7
Diabetes	5	10,8	09	19,6	16	34,8	10	21,7	6	13,0
Hipert. e Diab.	10	3,3	37	12,2	79	26,2	86	28,6	88	29,2
Total da Amostra	16	4,0	58	14,5	118	29,5	109	27,2	96	24,0

A distribuição do Índice de Massa Corpórea - IMC dos pacientes está demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição e porcentagem do Índice de Massa Corpórea - IMC dos pacientes atendidos no CIDH - Fortaleza – CE.

Tipo de Doença	IMC									
	>18,5=Magreza		18,5 e 24,9=normal		25 e 29,9=sobrepeso		30,0 e 39,9=obesidade I		<40,0=obesidade II	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	3	5,6	15	28,3	21	39,7	11	20,8	2	3,7
Diabetes	2	4,3	22	47,9	19	41,3	04	8,6	0	---
Hipert. e Diab.	11	3,7	93	30,9	117	38,9	76	25,2	04	1,3
Total da Amostra	16	4,0	130	32,5	157	39,2	91	22,8	06	15,0

As tabelas 3 e 4 demonstram os valores encontrados na distribuição do colesterol LDL e HDL entre os pacientes que participaram deste estudo.

Tabela 3. Distribuição e porcentagem do LDL dos pacientes atendidos no CIDH - Fortaleza – CE, 2008.

Tipo de Doença	LDL									
	LDL<100=ótimo		130-159=limítrofe		160-189=alto		>190=muito alto		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	15	28,3	22	52,9	07	13,2	07	13,2	01	1,9
Diabetes	21	45,7	17	36,0	02	4,3	05	10,9	02	4,3
Hipert. e Diab.	130	43,2	99	32,9	37	12,3	30	10,0	05	1,7
Total da Amostra	166	41,5	138	34,5	46	39,2	42	10,5	08	2,0

Tabela 4. Distribuição e porcentagem do HDL dos pacientes atendidos no CIDH - Fortaleza – CE, 2008.

Tipo de Doença	HDL							
	35=baixo		Entre 36-60=ideal		60>alto		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	27	50,9	20	37,7	04	7,5	01	1,8
Diabetes	30	65,2	15	32,6	0	----	02	4,3
Hipert. e Diab.	168	55,9	104	34,6	24	8,0	05	1,7
Total da Amostra	225	56,2	139	34,8	28	7,0	08	2,0

Na tabela 5, demonstra-se a distribuição de freqüência no que diz respeito aos níveis de triglicerídeos dentro da população estudada.

Tabela 5. Distribuição de freqüência e porcentagem dos valores de Triglicerídeos, segundo tipo de doença e total da amostra. Fortaleza – CE, 2008.

Tipo de Doença	Triglicerídeos									
	<150mg/dl=ótimo		De 151 a 200 mg/dl=limítrofe		De 201 a 499 mg/dl= alto		>de 500mg/dl = muito alto		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	27	50,9	20	37,7	04	7,5	01	1,9	0	--
Diabetes	30	65,2	15	32,6	0	----	02	4,3	0	--
Hipert. e Diab.	168	55,8	104	34,6	24	7,8	05	1,7	03	0,9
Total da Amostra	225	56,2	139	34,8	28	7,0	08	2,0	03	0,7

Na tabela 6, é vista a distribuição de frequência referente a hábitos deletérios entre os pacientes com HA, DM e DM/HA.

Tabela 6. Distribuição de frequência referente a hábitos deletérios em relação ao tipo de doença e total da amostra. Fortaleza, 2008.

Tipo de Doença	Hábitos Deletérios					
	Sedentarismo		Etilismo		Tabagismo	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	43	81,1	09	16,9	12	22,6
Diabetes	30	56,6	13	29,3	10	21,7
Hipert. e Diab.	214	71,0	63	20,9	51	16,9
Total da Amostra	287	71,8	85	21,2	73	18,2

DISCUSSÃO:

Neste estudo, a prevalência do sexo feminino foi superior ao masculino, sendo da ordem de 61,8% e 38,2% respectivamente. Em estudo com idosos diabéticos em instituição de nível secundário, Tavares et al. (2007) identificaram que, em sua amostra de 113 idosos, 72,6% dos indivíduos eram do sexo feminino. A importância de se averiguar a maior ou menor frequência entre os gêneros diz respeito ao fato de que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferenciada, fazendo-se importante conhecer essas peculiaridades (CAMARANO, 2003). O número maior de mulheres que se apresentou neste estudo está em consonância com os achados de Menezes, Lopes e Marucci (2007). Este fato pode estar relacionado a vários fatores, que, segundo estes autores, podem-se encontrar vinculados à maior taxa de mortalidade dos homens, assim como pelo fato de as mulheres normalmente terem maior percepção das doenças, apresentarem maior tendência para o auto-cuidado, serem menos expostas a riscos, consumirem menos álcool e tabaco e buscarem mais assistência médica do que os homens (VERAS, 1994; ZAITUNE et al. 2006).

Relacionando sexo com o estado civil, identificou-se que tanto para homens como para mulheres, a situação civil que mais prevalece é a casada (75,8% e 56,2%), ficando a viuvez em segundo lugar, neste caso as mulheres se apresentam com o estado civil de viuvez em número maior do que os homens (25,5% vs 7,2%). Esses achados são corroborados pelos estudos de Mastroeni et al. (2007) e aos de Menezes, Lopes e Marucci (2007) em que se evidenciou que a maioria dos idosos do sexo masculino (83,6% e 76,9%) relataram viver

com o cônjuge e a viuvez das mulheres revelou-se (48,4% e 38,2%) superior a dos homens (12,1% e 12,2%). Lebrão e Laureti (2005) afirmam que o sexo masculino possui uma maior possibilidade de recasamento, o que advém o fato de o homem possuir, em muitos estudos, uma porcentagem maior de estado civil casado que a mulher.

A porcentagem superior de pessoas idosas que obtiveram seu diagnóstico de hipertenso, diabético ou, até mesmo, as duas patologias ao mesmo tempo, nos exames rotineiros foi a mais predominante neste estudo (58,8%). Este dado enfatiza a importância da atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS) na identificação e controle das doenças de forma precoce. No entanto, é preocupante o número de pessoas que foram diagnosticadas por acometimento de infecções (25%) e internamentos (13,5%), fato este que, certamente, dificulta o tratamento e controle destes agravos.

Os dados indicam que a maioria dos pesquisados residem no município de Fortaleza (80,2%). A baixa demanda vinda do interior do estado (19,8%) nos leva a considerar que esses pacientes estão sendo atendidos nos municípios onde residem. Evento que estaria em consonância com um dos princípios do SUS, que direciona um modelo de atenção à saúde que prioriza a descentralização, tendo, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2006c).

Relativo ao uso de medicamento, por meio da tabela 1, visualiza-se que o número de pacientes fazendo uso de três medicações (29,5%) foi o mais predominante neste estudo, seguido por 27,2% com quatro e 24% usando mais de cinco tipos fármacos. Em relação à co-medicação, Paniz et al. (2008) encontraram, em sua pesquisa com idosos do Sul e Nordeste do Brasil, um maior número de indivíduos utilizando duas medicações em ambas regiões (26,1% e 33,1%). A utilização de medicações de forma contínua é de grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a HA e o DM, entretanto é relevante identificar de que forma se dá a adesão e o acesso a esses medicamentos pelos usuários. Nesta pesquisa, foi constatado que idosos, usualmente, fazem uso de co-medicação, questão que pode vir a pesar consideravelmente no orçamento se eles não tiverem acesso a essa medicação gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) identificaram, utilizando-se da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, que o gasto médio com medicamentos de uso regular em idosos fica em torno de 23% do valor do salário mínimo. Ainda, segundo os autores, os gastos com medicamentos

apresentam tendência crescente com a idade o que sinaliza a necessidade de uma maior atenção das autoridades no sentido de melhorar o acesso da população idosa às medicações.

Considerando o apoio informal no cuidar da pessoa idosa pode-se constatar que os filhos são os que mais aparecem como acompanhantes (42,2%). Vale ressaltar que, quanto aos pacientes sem acompanhamento (23,5%), não se pode afirmar que eles não possuem o apoio familiar, todavia esta porcentagem pode ser evidenciada como pacientes com envelhecimento ativo, que possuem independência na sua locomoção e nas atividades da vida diária. Diante disso, pode ser enfatizado que os idosos sem acompanhante se encontravam, em grande parte, (53,1%), nas faixas etárias de 60 a 69 anos.

Contrariamente aos dados deste estudo, Correia et al. (2008), em pesquisa com 80 idosas atendidas de forma ambulatorial, constataram que o número de pacientes desacompanhados chegava a 58,8%, enquanto das pacientes acompanhados pelos filhos (25%). Por outro lado, é possível que a equipe interdisciplinar possa levantar a necessidade de atividades informativas, no sentido de informar à família o seu papel como cuidadora, contribuindo, assim, na adesão do paciente ao tratamento e no incentivo deste ao autocuidado.

No que diz respeito ao tipo de ocupação dos pacientes idosos deste estudo, foi constatada alta porcentagem de idosas voltadas para atividades predominantemente domésticas (33,1% são domésticas, 23,4% donas-de-casa, somando 56,5%), sem nos referir às que declararam a ocupação como aposentada. Os dados encontrados por Paiva, Bersusa e Escuder (2006) reforçam a prevalência das mulheres nas atividades usualmente domésticas em que, no mesmo tipo de população, 40,3% são donas-de-casa e 12,5%, domésticas. Estes achados vêm ao encontro das exposições de Mastroeni et al. (2007), ao considerarem que, até o começo do século passado, as mulheres desenvolviam atividades mais relacionadas ao lar e ao cuidado dos filhos do que os homens. Segundo os autores, este quadro deve ser alterado para as próximas gerações principalmente pelo fato de a mulher estar buscando, cada vez mais, seu espaço no mercado de trabalho.

Referente ao controle da pressão arterial e da glicose constatou-se alta porcentagem de pacientes que não mantinham os níveis de PA e glicose dentro da normalidade. Esse achado foi verificado tanto nos pacientes com HA (61,4%) e DM (72,2%), como HA/DM (60,7% e 85%) concomitantemente. Tal quadro é preocupante, em virtude de o não controle desses níveis se apresentarem como importantes fatores de risco para outras co-morbidades

como as doenças cardiovasculares, nefropatia diabética e retinopatia diabética (SCHAAN, HARSHEIM e GUS, 2004; RODRIGUES et al., 2005).

Outra característica evidenciada neste estudo foi o percentual de pacientes com baixa taxa de HDL (56,2%) e entre alta e limítrofe de LDL (22%), tabelas 3 e 4. Ressalta-se que baixos níveis de HDL e altas taxas de LDL e triglicerídeos influenciam de forma consistente na arteriosclerose (INEU et al., 2006; SANTOS, GUIMARÃES e DIAMENT, 1999).

É importante mencionar que os valores fora da normalidade dos exames laboratoriais detectados nesta pesquisa são preocupantes no sentido de os maiores números terem sido encontrados em pacientes que possuem DM e HA. Os valores de HDL que Cabrera e Filho (2001) referenciaram em sua pesquisa, 15,2%, são inferiores aos encontrados nesta (22%), assim como os triglicerídeos (27,3% versus 34,2%). Da Cruz et al. (2004) detectaram valores ainda menores em estudo com idosos com mais de 80 anos (11,9%), no entanto esses autores asseguram que os percentuais por eles encontrados são similares aos identificados em países desenvolvidos como os Estados Unidos e alguns países da Europa. Esses achados requerem estudos mais detalhados no sentido de averiguar a real condição do autocuidado do paciente e da atenção prestada ao usuário pelo Sistema de Saúde.

Dos 400 pacientes cujos prontuários foram investigados, evidenciou-se a prevalência de indivíduos com sobrepeso (39, 2%) e obesidade (24,2%), dado corroborado por Cabrera e Filho (2001) que identificaram em seu estudo 25,8% de idosos com obesidade. Salaroli et al.(2007), em Vitória, também encontraram valores próximos aos detectados nesta pesquisa, constatando 38,7% das mulheres com sobrepeso e 26,2% obesas. É importante mencionar a posição de Cabrera e Filho (2001) de que obesidade já é considerada uma doença-crônica e, em muitas ocasiões, está inter-relacionada direta ou indiretamente a algumas outras situações patológicas que influenciam na morbi-mortalidade como as doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas. Segundo esses autores, a obesidade leva a alterações como distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e de doenças de grande morbi-mortalidade como DM e HA. Cercato et al. (2000) identificaram, em uma população de obesos, aumento do risco cardiovascular com o aumento do Índice de Massa Corporal - IMC. Neste contexto, é importante enfatizar que a população aqui estudada já é portadora de, pelo menos, uma patologia como HA e DM.

Reforçando a questão da obesidade entre os hábitos deletérios na população de estudo, o sedentarismo aparece como o de maior proporção, em que 71,8% da amostra não realizavam nenhum tipo de atividade física. Resultado semelhante foi verificado por Paiva et al.(2006), em sua pesquisa com adultos entre 31 e 60 anos portadores de DM e HA, constatando que, independente de não serem pessoas idosas, 75% delas eram sedentárias, o que justifica nossa preocupação em averiguar as reais condições nos idosos, para que seja focado, ainda na atenção básica, a importância da atividade física como fator preventivo para essas enfermidades. Dados de maior relevância foram detectados por Firmo, Uchôa e Lima-Costa (2004) quando identificaram nos pacientes idosos em tratamento para HA que 86,6% eram sedentários.

Outro hábito deletério neste estudo refere-se ao tabagismo com percentual de 18,25%, dado que se assemelha ao de Firmo, Barreto e Lima-Costa (2003) em Bambuí, em que 14,8% dos portadores de HA eram tabagistas, e aos de Scheffel et al.(2004) que identificaram em 22% da sua população de estudo. Da mesma, forma Rodrigues et al. (2008), em pesquisa com idosos das regiões Sul e Nordeste, verificaram percentuais semelhantes nas duas regiões (14,8% e 15,5%). Os valores encontrados nesses estudos com portadores de DM e HA requerem atenção redobrada em virtude de serem hábitos nocivos à saúde e, segundo Gamba et al. (2004), há associação entre o tabagismo e a amputação de membros inferiores em pacientes com DM.

Os 21,25% de etilistas desta pesquisa constituem dados corroborados por Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) que referenciaram achados de 35,1% em pesquisa com idosos. No entanto Firmo, Uchôa e Lima-Costa (2004) encontraram valores inferiores, em que apenas 3,7% dos idosos que sabiam ser hipertensos faziam uso de álcool, em consumo de cinco ou mais doses, duas ou mais vezes por semana.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados deste estudo, podemos concluir que os pacientes atendidos no CIDH eram, a sua maioria, casados, residentes do município de Fortaleza e apresentavam-se aos atendimentos acompanhados de um familiar. A forma de diagnóstico mais preponderante foi o exame de rotina, contudo, ainda necessita mais utilização nesse tipo de procedimento, visto que mais de um terço dos pacientes foram diagnosticados por ocasião

do agravamento de sua saúde como infecções e internamentos. Este contexto enfatiza a importância da atuação da UBS na detecção precoce desses agravos.

Constatou-se maior participação do sexo feminino, dado que levanta a discussão da necessidade de ações voltadas para o público idoso masculino que possui indicadores de saúde bem distintos do feminino, em virtude, muitas vezes, de fatores culturais e sociais.

Verificou-se um alto número de pacientes que estão com os níveis de pressão arterial e glicose fora dos padrões de normalidade, acima do peso ou obesos, assim como com o perfil metabólico (HDL, LDL e triglicérides) em descontrole, quadro inquietante no sentido de que este panorama possa levar um maior agravamento da saúde do idoso. Muitos pacientes apresentam-se fazendo uso de quatro ou mais fármacos (51,2%). Deste fato deduz-se a necessidade de essas medicações serem fornecidas pelo SUS, no sentido de não incidir no orçamento do idoso, e, não menos importante, um acompanhamento destes pacientes de forma interdisciplinar no sentido de controlar efeitos colaterais e risco no surgimento de outras patologias causadas pelo efeito conjunto de múltiplas drogas.

REFERÊNCIAS

1. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
3. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 15**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006a.
4. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 16**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006b.
5. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.529/GM de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Out. 2006c.
6. BUENO. Júlia M., MARTINO. Hercia S. D., FERNANDES. Maria F. S., COSTA. L. S., et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1237-1246, 2008.
7. CABRERA. Marcos A.S.; FILHO. Jacob W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. v.45, n.5, p.494-501, Out, 2001.
8. CAMARANO, Ana A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**. v. 17, n. 49, p.35 - 63. 2003.
9. CERCATO, Cintia et al. Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. vol.44, n.1, p.45-48, Fev, 2000.
10. CORREIA, Marcius V. G. et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís - MA. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 35, n. 4, p. 131-137, 2008.
11. DA CRUZ, Ivana B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.50, no.2, p.172-177. Abr 2004.
12. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **População Residente do Ceará – 2007**. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acessado em: 05/10/2007.

13. FIRMO, Josélia O. A.; BARRETO, Sandhi M.; LIMA-COSTA, Maria F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817 – 827, 2003.
14. FIRMO, Josélia O. A., UCHÔA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Caderno de Saúde Pública**. v.20, no.2, p.512-521. Abr 2004.
15. GAMBA, Mônica A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, Jun, vol.38, n.3, p.399-404, 2004.
16. INEU, Marcelo L.; MANENTI, Euler; COSTA, José L. V. da and MORIGUCHI, Emílio. Manejo da HDL: avanços recentes e perspectivas além da redução de LDL. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 87, n. 6, pp. 788-794, 2006.
17. IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
18. LEBRÃO, Maria Lúcia. LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Jun, vol.8, no.2, p.127-141, 2005.
19. LIMA-COSTA, Maria F.; BARRETO, Sandhi M.; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003 .
20. LINHARES, Cristina R. C. COELHO, Vera L. D. GUIMARÃES. R. M.. et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 319 – 326. 2003.
21. MASTROENI, M. F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Jun, vol.10, n. 2, p.190-201, 2007.
22. MEIRELES, Viviani C.; MATSUDA, Laura M.; COIMBRA, J. Â. H. et al . Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 69 – 80. 2007.
23. MENEZES, T. N. de; LOPES, F. J. M.; MARUCCI, M. de F. N. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-

- demográficas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.168 - 177. 2007.
24. MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363 – 372. 2007.
25. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. OPAS, Brasília, 2005.
26. PAIVA, Daniela C.P. de; BERSUSA, Ana A. Sanches; ESCUDER, Maria M. L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377 – 385. 2006.
27. PANIZ, Vera M. V. et al . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. p. 267 – 280, 2008 .
28. PIRES, Sueli L.; GAGLIARDI, Rubens J.; GORZONI, Milton. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3b, Set. p. 844 – 851, 2004.
29. RODRIGUES, Ticiania C. et al. Homeostase pressórica e complicações microvasculares em pacientes diabéticos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, Dez. vol.49, n.6, p.882-890. 2005.
30. SALAROLI, Luciane B. et al. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, Out, vol.51, no.7, p.1143-1152, 2007.
31. SALES, Fabrícia M.; SANTOS, Iraci dos. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto e contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.495 - 502. 2007.
32. SANTOS, José E. dos; GUIMARAES, Armênio C.; DIAMENT, Jayme. Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção, Avaliação e Tratamento. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabologia**. v.43, n. 4, pp. 287-305, 1999.
33. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.
34. SCHAAN, Beatriz D.; HARZHEIM, Erno and GUS, Iseu. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n. 4, pp. 529-536. 2004.

35. SCHEFFEL, Rafael S. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 263 – 267, 2004.
36. TAVARES, Darlene M. dos S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, no.5, p.1341-1352. Out 2007.
37. VERAS, Renato P.; CALDAS. Célia P.; ARAÚJO. Denizar V. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1119 - 1126. 2008.
38. VERAS, Renato P.; CALDAS. Célia P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104. 2008.
39. VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**,v.19, no.3, p.705-715. Jun. 2003.
40. VERAS Renato P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará UERJ; 1994.
41. ZAITUNE, Maria P. do A.; BARROS, Marilisa B. de A.; CÉSAR. Chester L. G. et al . Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285 - 294. 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados obtidos na pesquisa “Condição Epidemiológica de Pacientes Idosos Portadores de Hipertensão e Diabetes” pode-se concluir que há um alto número de pacientes idosos que convivem com HA e DM concomitantemente. Apesar, de nesta pesquisa, o percentual de pacientes que possuem co-morbidades associadas ter se apresentado inferior aos de outros estudos, é preocupante a presença de HA e DM concomitantemente em virtude de serem ambas as patologias fatores de risco para outros agravos, podendo agravar o estado geral de saúde desses pacientes.

Constatou-se que a atuação da Unidade Básica de Saúde é muito importante, em virtude de a maior parcela da amostra ter sido diagnosticada de seus agravos, por meio de exames de rotina, no entanto o percentual de pacientes diagnosticados em situação de internamento e infecções demonstra a importância de potencializar as ações da UBS. Sobre o papel da UBS, pode-se dizer ainda ser preponderante no controle e amenização dos efeitos colaterais causados pelo alto número de medicações que essa população faz uso.

O maior percentual de mulheres neste estudo demonstra serem imperativas ações que influenciem e incentivem o público masculino em relação ao autocuidado.

Do alto número de pacientes com o perfil lipídico alterado (HDL, LDL, triglicérides e glicose), assim como, com os níveis elevados de pressão arterial, deduz-se que o controle destes indicadores é complicado, no sentido da existência de vários fatores que intervêm nestes resultados, como o grau de autocuidado que o paciente exerce e a efetividade da ação da medicação.

Neste contexto, pode-se concluir que a atenção à saúde do idoso é um dos mais importantes desafios a serem enfrentados pela sociedade brasileira. Faz-se imprescindível estabelecer programas específicos em atenção a essa população. Essas ações devem incluir o manejo adequado dos seus problemas, passando pela adaptação da infra-estrutura existente às suas necessidades e limitações, assim como incentivar às atividades comunitárias o autocuidado e a realização de atividade física. O acesso aos serviços de saúde deve ser facilitado no sentido de prevenir a ocorrência de incapacidades e proporcionar tratamento adequado de suas patologias.

REFERÊNCIAS

1. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, 2007.
2. ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria I. R.. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 833 – 840, 2004.
3. ALVES, Luciana C.; LEITE, Iúri da C.; MACHADO, Carla J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1199 – 1207, 2008.
4. ADA, American Diabetes Association. Consensus development conference on Diabetic foot wound care. **Diabetes Care**. 1999; 22:1354-60.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
6. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 15**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006a.
7. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 16**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006b.
8. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.529/GM de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Out. 2006c.
9. _____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, de 9 dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez, seção 1.
10. BORCH-JOHNSEN, K. The economics of screening for microalbuminuria in patients with insulin dependent diabetes mellitus. **Pharmacoeconomics** v.5, p. 357–360, 1994.
11. BRUNO, RM; GROSS JL. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis. A 3.6-year follow-up study. **J Diabetes Complications** v.14, 2000.
12. BUENO. Júlia M., MARTINO. Hercia S. D., FERNANDES. Maria F. S., et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1237-1246, 2008.

13. CABRERA, Marcos A.S.; FILHO, Jacob W.. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. v.45, n.5, p.494-501, Out, 2001.
14. CAMARANO, Ana A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**. v. 17, n. 49, p.35 - 63. 2003.
15. CERCATO, Cintia et al. Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. vol.44, n.1, p.45-48, Fev, 2000.
16. CIGNARELLI, M. et al. High systolic blood pressure increases prevalence and severity of retinopathy in NIDDM patients. **Diabetes Care**, v. 15, 1992.
17. CORREIA, Marcius V. G. et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís - MA. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 35, n.4, p.131-137, 2008.
18. DA CRUZ, Ivana B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.50, no.2, p.172-177. Abr 2004.
19. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **População Residente do Ceará – 2007**. Disponível em: <http// www.tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em: 05/10/2007
20. FIRMO, Josélia O. A., UCHÔA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Caderno de Saúde Pública**. v.20, no.2, p.512-521. Abr 2004.
21. FIRMO, Josélia O. A.; BARRETO, Sandhi M.; LIMA-COSTA, Maria F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817 – 827. 2003.
22. FOX, Caroline S. et al. Trends in the Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus From the 1970s to the 1990s - The Framingham Heart Study. **Circulation**. p.2913 – 2918, Jun 2006.
23. GAMBA, Mônica A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, Jun, vol.38, n.3, p.399-404, 2004.
24. GAMBERT, Steven R; PINKSTAFF, Sally. Emerging Epidemic: Diabetes in Older Adults: Demography, Economic Impact, and Pathophysiology. **Diabetes Spectrum** v. 19, nº 4, p. 221 – 228, 2006.
25. IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
26. INEU, Marcelo L.; MANENTI, Euler; COSTA, J. L. V. da and MORIGUCHI, Emílio. **Manejo da HDL: avanços recentes e perspectivas além da redução de LDL**. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 87, n. 6, pp. 788-794, 2006.

27. LEBRÃO, Maria L. LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Jun, vol.8, n.2, p.127-141, 2005.
28. LIMA-COSTA, Maria F. LOYOLA FILHO, Antônio I. de. MATOS, Divane L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (1998, 2003). **Caderno de Saúde Pública**, v.23, no.10, p.2467-2478. Out, 2007.
29. LIMA-COSTA, Maria F.; BARRETO, Sandhi M.; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
30. LINHARES, Cristina R. C. COELHO, V. L. D.. GUIMARÃES. Renato M. et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 319 – 326. 2003.
31. MALERBI. D.A.; FRANCO.L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**. 1992.
32. MARTINS JR, Antonio N.N. et al . Frequency of stroke types at an emergency hospital in Natal, Brazil. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 65, n. 4b, p. 1139 – 1143. 2007.
33. MASTROENI, Marco F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Jun, vol.10, n. 2, p.190-201, 2007.
34. MATHIAS, Thais A. de F.; JORGE, Maria H. P. de M.; LAURENTI, Ruy. Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, n. 6, p. 533 – 541, 2004.
35. MEIRELES, Viviani C.; MATSUDA, Laura M.; COIMBRA, Jorseli Â. H. et al . Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 69 – 80. 2007.
36. MENEZES, Tarciana N. de; LOPES, Francisco J. M.; MARUCCI, M. de F. N. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.168 - 177. 2007.
37. MOTTA, Luciana B. da; AGUIAR, Adriana C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e

- intersetorialidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363 – 372. 2007.
38. NEGRETTO, Alan D. et al. Avaliação da retinopatia hipertensiva através do potencial oscilatório do eletrorretinograma. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**. v. 71, n. 1, pp. 38-42. 2008.
39. OMS – Organização Mundial de Saúde. **Definition and Diagnosis Of Diabetes Mellitus And Intermediate Hyperglycemia**. Suíça, 2006.
40. OPAS (Organización Panamericana de La Salud). **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.
41. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. OPAS, Brasília, 2005.
42. PAIVA, Daniela C. P. de; BERSUSA, Ana A.S.; ESCUDER, Maria M. L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377 – 385. 2006.
43. PANIZ, Vera M. V. et al . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. p. 267 – 280, 2008 .
44. PASSOS, Valéria M. de A. et al . Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 66 – 71, 2005 .
45. PERES, Luis A.B. et al . Aumento na prevalência de diabete melito como causa de insuficiência renal crônica dialítica: análise de 20 anos na região Oeste do Paraná. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, Fev. p. 111 – 115, 2007.
46. PICCINI, Roberto X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. p. 657 – 677, 2006 .
47. PIMENTA, Walkyria P. et al. Associação de tireopatias em uma população de pacientes com diabetes. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v.49, n.2, p.234-240, Abr 2005.
48. PIRES, Sueli L.; GAGLIARDI, Rubens J.; GORZONI, Milton L.. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3b, Set. p. 844 – 851, 2004.
49. RODRIGUES, Ticiano C. et al. Homeostase pressórica e complicações microvasculares em pacientes diabéticos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, Dez. vol.49, n.6, p.882-890. 2005.

50. SAKATA, Kenji et al. Hipertensão e retinopatia hipertensiva. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia.**, v.65, no.2, p.207-211. Mar 2002.
51. SALAROLI, Luciane B. et al. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, Out, vol.51, no.7, p.1143-1152, 2007.
52. SALES, Fabrícia M.; SANTOS, Iraci dos. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto e contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.495 - 502. 2007.
53. SANTOS, José E. dos; GUIMARAES, Armênio C.; DIAMENT, Jayme. Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção, Avaliação e Tratamento. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabologia.** v.43, n. 4, pp. 287-305, 1999.
54. SARTORI, Maria S. et al . Contribuição da glicemia pós-desjejum para o controle glicêmico do paciente com diabetes *mellitus* tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 53 – 59, 2006.
55. SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo, v. 82, 2006.
56. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.
57. SCHAAN, Beatriz D.; HARZHEIM, Erno; GUS, Iseu. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública.** v.38, n. 4, pp. 529-536. 2004.
58. SCHEFFEL, Rafael S. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 263 – 267, 2004.
59. SILVA, Regina do C. Importância da avaliação da função tireoidiana. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabólica.** v. 49, n.2, Abr. p. 180 – 182, 2005.
60. SOUZA, Luiz J. de et al. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo.** v.47, no.1, p.69-74. Fev 2003.
61. TAVARES, Darlene M. dos Santos et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.12, no.5, p.1341-1352. Out 2007.
62. TOSCANO, Cristiana M.. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. P. 885 – 895, 2004.

63. TRES, Gláucia S. et al . Prevalence and characteristics of diabetic polyneuropathy in Passo Fundo, South of Brazil. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 6, Ago. p. 987 – 992, 2007.
64. VERAS Renato P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará UERJ; 1994.
65. VERAS, Renato Peixoto; CALDAS. Célia Pereira. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104. 2008.
66. VERAS, Renato Peixoto; CALDAS. Célia Pereira; ARAÚJO. Denizar Viana et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1119 - 1126. 2008.
67. VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**,v.19, no.3, p.705-715. Jun. 2003.
68. WAJCHENBERG, Bernardo L. Postprandial glycemia and cardiovascular disease in diabetes mellitus. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 212 – 221, 2007.
69. ZAITUNE, Maria P. do A.; BARROS, Marilisa B. de A.; CÉSAR. Chester L. G. et al . Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285 - 294. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

1. Dados Pessoais:

- 1.1. Iniciais do paciente: _____
- 1.2. N° do Prontuário : _____
- 1.3. Sexo: () F () M
- 1.4. Data de nascimento: (___/___/___)
- 1.5. Município: _____
- 1.6. Bairro: _____

2. Situação Sócio-econômica

- 2.1. Profissão: () aposentado (a) () doméstico (a) () dona de casa
() comerciante () costureira Outros (_____)
- 2.2. Acompanhamento: () Sim () Não
- 2.3. Parentesco: () Sim () Não Se sim, qual _____

3. Dados da(s) Patologia(s)

- 3.1. Portador de Diabetes: () Sim () Não
- 3.2. Tempo de doença: _____
- 3.3. Portador de Hipertensão: () Sim () Não
- 3.4. Tempo de doença: _____
- 3.5. Portador de Diabetes e de Hipertensão: () Sim () Não
- 3.6. Tempo de doença: _____
- 3.7. Como foi diagnosticada a doença:
 Infecção () Internação () Campanha () Exame de rotina () Outros meios

4. Atividade Física:

- 4.1. Realiza Atividade Física () Sim () Não
- 4.2. Caminhada: () Bicicleta: () Hidroginástica: () Natação: ()
- 4.3. Com que frequência:
 Diariamente () 3 a 5 vezes na semana () Eventualmente ()

5. Fatores de Risco:

Tabagismo () Alcoolismo ()

6. Co-morbidades associadas:

- 6.1. Retinopatia ()
- 6.2. Neuropatia ()

6.3. Nefropatia ()

6.4. Cardiopatias () – Revas. do Miocárdio (), Angina (), Taquicardia (), Arritmia (), Outros _____

6.5. AVC ()

7. . Pressão Arterial

7.1. PA: < 120/80 = Normal ()

7.2. Entre 120-139/80-89 = Pré- Hipertensão ()

7.3. Entre 140-159/90-99 = Hipertensão nível 1 () >160/>100= Hipertensão nível 2 ()

8. Peso:

_____kg

9. Altura:

_____m/cm

10. IMC: _____

11. Glicemia:

11.1. Valor <110 = Glicose normal () 110 – 125 mg/dl = pré-diabético ()

>126 = Diabetes *mellitus* ()

12. Pé Diabético

Úlceras nos pés () Amputação () Sensibilidade () Edema ()

13. Medicações:

Captopril ()

Ramipril ()

Metildopa ()

B bloqueador ()

Tiazídico ()

Indapamina ()

Metformina ()

Glicazida ()

Insulina ()

Glargina/DTMIR ()

Natrilix ()

Daonil ()

Outros _____

APÊNDICE B – TERMO FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o Sra. Adriana Costa e Forte , médico-coordenadora do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão – CIDH, após ter tomado conhecimento do protocolo de *Epidemiologia da hipertensão arterial e diabetes mellitus em pacientes idosos de uma unidade de referencia em Fortaleza - CE*, que tem por objetivo identificar a frequência de Hipertensão e Diabetes *Mellitus*, relacionando comorbidades associadas, hábitos deletérios, controle quanto a pressão arterial e níveis glicêmicos dos pacientes idosos, com 60 anos e mais, vem, na melhor forma de direito, autorizar o acesso às fichas de atendimento, sendo permitida a coleta de dados que se encontram sob sua total responsabilidade.

Fica claro que a Sra. Adriana Costa e Forte pode, a qualquer momento, retirar sua autorização, e, também fica ciente de que todas as informações prestadas são confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Fortaleza, 10 de março de 2008.

Assinatura do Fiel Depositário

Assinatura do Pesquisador Responsável

Na necessidade de esclarecer qualquer dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone: 32715230 – Ana Karine Lima Moreira.

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 138/2008

Projeto de Pesquisa: Avaliação de fatores de risco associados à Hipertensão Arterial e diabetes mellitus em pessoas idosas.

Pesquisador Responsável: Ana Karine Lima Moreira

Data de apresentação ao COÉTICA: 16/05/08

Registro no COÉTICA: 08-140

CAAE: 1358.0.000.037-08

Parecer: APROVADO na data de 02/06/08

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA