

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES MAIORES DE SESENTA ANOS ATENDIDOS NA POLICLÍNICA DO SETOR COUTO MAGALHÃES NA CIDADE DE ARAGUAÍNA-TO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2006 A DEZEMBRO DE 2007

Márcio Miranda Brito¹, Jacyanne Bessa Von Schwaner¹, Márcela Miranda Brito², Ana Cristina Ferenci Campanile³.

O envelhecimento de acordo com a OMS é caracterizado por alterações tanto nos aspectos anatômicos quanto nos funcionais, determinando assim, a condição de manifestação peculiares das diversas entidades mórbidas comuns ao indivíduo idoso. A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes. O número estimado de portadores de diabetes e de hipertensão é de 23.000.000. Doenças como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia configuram importantes problemas de saúde coletiva no Brasil, pelas suas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por representarem fatores de risco associados a doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso dos serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho. As ações preventivas têm demonstrado impactos positivos na redução da mortalidade e morbidade associada à hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. O objetivo desse estudo é avaliar a situação epidemiológica dos pacientes maiores de 60 anos com hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia atendidos na Policlínica do Setor Couto Magalhães na cidade de Araguaína/TO no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Dislipidemia. Hipertensão arterial sistêmica.

Aging according to WHO is characterized by changes in both the functional and anatomical aspects, thereby determining the condition of peculiar manifestation of various disease entities common to the elderly. Cardiovascular disease in Brazil is now the leading cause of death. The estimated number of people with diabetes and hypertension is 23 million. Diseases such as hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia shape important public health problems in Brazil, for its high prevalence, the acute and chronic complications that lead and represent risk factors associated with cardiovascular disease, conditioning high rates of morbidity and mortality and social-economic costs resulting from the use of health services, absenteeism, early retirement and incapacity for work. Preventive actions have shown positive impacts in reducing mortality and morbidity associated with hypertension, diabetes and cardiovascular disease. The aim of this study is to assess the epidemiological situation of patients older than 60 years with hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia treated at the Polyclinic of Couto Magalhães District, in the city of Araguaína-TO from January 2006 to December 2007.

Keywords: Diabetes Mellitus. Dyslipidemia. Hypertension.

¹ Graduação em Medicina; ITPAC/FAHESA - Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos; Avenida Filadélfia, Nº 568, Setor Oeste, Araguaína-TO, CEP: 77816-530; Email: marciombc@yahoo.com.br.

² Graduação em Enfermagem; ITPAC/FAHESA - Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos; Avenida Filadélfia, Nº 568, Setor Oeste, Araguaína-TO, CEP: 77816-530; Email: marcelinha_unica16@hotmail.com

³ Orientadora. Docente do Curso de Medicina; ITPAC/FAHESA - Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos; Av. Filadélfia, Nº 568, Setor Oeste, Araguaína-TO, CEP: 77816-530; Email: anacampanile71@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento de acordo com a OMS é caracterizado por alterações tanto nos aspectos anatômicos quanto nos funcionais, determinando assim, a condição de manifestação peculiares das diversas entidades mórbidas comum ao idoso (MAINEIRE, 2007).

O rápido e sustentado declínio da fecundidade foi o principal responsável pelo processo de envelhecimento populacional no Brasil. Desta forma, o processo de envelhecimento da população brasileira, inicialmente caracterizado como envelhecimento pela base, em função da sua vinculação à redução dos níveis de fecundidade, passa cada vez mais, a enquadrar-se ao tipo de envelhecimento pelo topo, na medida em que aumenta a longevidade da população idosa (PEREIRA, 2008).

Doenças como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia configuram importantes problemas de saúde coletiva no Brasil, pelas suas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por representarem fatores de risco associados a doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso dos serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho (CENTERS OF DISEASE CONTROL OF PREVENTION, 2003).

1.2. Objetivos

1.2.1 Geral

Avaliar a situação epidemiológica dos pacientes maiores de 60 anos com hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias atendidos na Policlínica do Setor Couto Magalhães na cidade de Araguaína/TO no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

1.2.1 Específicos

- Avaliar a prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias em pacientes maiores de 60 anos na Policlínica do Setor Couto Magalhães na cidade de Araguaína/TO.
- Analisar adesão ao tratamento dos pacientes maiores de 60 anos da Policlínica do Setor Couto Magalhães, nas

seguintes patologias: hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

- Verificar assiduidade à consulta médica e controle dos níveis glicêmicos e pressóricos dos pacientes maiores de sessenta anos na Policlínica do Setor Couto Magalhães.
- Quantificar o número de polifármacos usados nos pacientes maiores de sessenta anos na Policlínica do Setor Couto Magalhães na cidade de Araguaína-TO.
- Verificar a adesão dos pacientes maiores de 60 anos da Policlínica do Setor Couto Magalhães em relação à mudança do estilo de vida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 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 (ROSA, 2004).

A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes. O número estimado de portadores de diabetes e de hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise.

Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não somente pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e de atividade física, além do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mesmo com pensamento de que parar de fumar faz diminuir o peso corporal, o tabagismo está associado com aumento da obesidade centrípeta, uma característica estabelecida de hiperglicemia e dislipidemia. Fumar está relacionado com o aumento de células inflamatórias, aumento do estress oxidativo, com lesão direta da célula beta funcional e no prejuízo

da função endotelial. Cada um desses fatores está implicado fortemente na resistência de insulina e risco de diabetes. O tabagismo tem se mostrado prejudicial à sensibilidade periférica à insulina e tolerância à glicose (CANOY et al, 2005; DING et al, 2007).

Dos fatores potencialmente controláveis, HAS e DM, são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus de 2001, apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto.

Em relação ao diabete mellitus, dos 3.643.855 estimados como usuários do SUS, quase metade desconhecia este diagnóstico e apenas 2/3 destes indivíduos estão em acompanhamento nas unidades de atenção básica (MARCONDES et al, 2005).

Além de sua importância isolada, a hipertensão arterial, a alteração da glicemia e a dislipidemia tem papel relevante como componentes da síndrome metabólica, apontada como responsável pelo aumento da mortalidade geral e mortalidade cardiovascular (LATORRE, 2006; MAGALHÃES, 2004).

Valores acima de 139 mmHg de pressão sistólica e 89 de pressão diastólica são definidores de hipertensão de acordo com o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Glicemia de jejum > 125 mg/dL ou teste oral de tolerância à glicose medido duas horas após ingestão de 75 gramas de glicose > 199 são critérios diagnósticos para DM de acordo com as diretrizes da SBD (FORTI, 2005; FREITAS, 2002).

Comprovadamente sabe-se que os valores sanguíneos de colesterol total de triglicérides LDL, aumentam com a idade e o HDL pouco se altera. Nos idosos os valores lipídicos podem ser inferiores ou superiores em relação aos pacientes mais jovens, principalmente se ocorrer perda ou ganho de peso (FORTI, 2005; FREITAS, 2002).

Considera-se a dislipidemia como importante fator para o aparecimento de eventos coronarianos e para aumento da mortalidade. O risco de reinfarto e de morte por DAC é tanto maior quanto for à colesterolemia, sobretudo em pacientes maiores de 60 anos (FALUDI, 2004).

No presente trabalho consideraremos como dislipidemia os pacientes que apresentem dosagens laboratoriais de LDL > 159mg/dL, Triglicérides > 149mg/dL, HDL < 40mg/dL em homens e < 50mg/dL em mulheres (FORTI, 2005).

Nos últimos anos, inúmeros estudos confirmaram que a diminuição dos níveis de colesterol proporciona uma redução no risco de eventos coronarianos, seja na prevenção primária ou secundária (FERREIRA, 2006; HOWARD, 2003). Caso medidas preventivas efetivas não sejam tomadas, prevê-se uma epidemia, com consequências desastrosas para a saúde pública. Assim, torna-se indispensável para o desenvolvimento e promoção de políticas da saúde com a finalidade de reduzir a mortalidade cardiovascular, a presença de instrumentos de avaliação epidemiológica sobre o perfil lipídico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

A prevalência das dislipidemias mostra-se variável de acordo com as características étnicas, sócio-econômicas e culturais de grupos populacionais distintos. No Brasil, raros são os estudos que determinam de forma fidedigna a real prevalência desta afecção em um número de indivíduos, estatisticamente representativos de uma população livre e geograficamente delimitada. A maior parte dos estudos envolve grupos restritos, limitados a determinada faixa etária, como pacientes ambulatoriais, indivíduos com doença coronariana já estabelecida, alunos ou funcionários de uma única instituição ou utilizando bancos de dados secundários provenientes de laboratórios de análises clínicas. E, ao mesmo tempo, quase a totalidade desses estudaram apenas os níveis de colesterol total, não permitindo a avaliação completa do perfil lipídico populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As ações preventivas têm demonstrado impacto positivo na redução da mortalidade e morbidade associada à hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. Para planejar, desenvolver e avaliar ações de prevenção desses

agravos é necessário conhecimento da distribuição e do papel conjunto dos fatores de risco (MAGALHÃES, 2004; LATORRE, 2006).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Através de estudo transversal, descritivo e observacional, foram estudados indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, do sexo masculino e feminino, residentes na cidade de Araguaína-Tocantins.

A escolha da faixa etária foi baseada no conceito da OMS, que estabelece como idoso todo indivíduo com sessenta anos ou mais. Para a obtenção da amostra utilizamos relatos e notificações feitas nos prontuários pertencentes ao arquivo de pacientes da Policlínica do Setor Couto Magalhães, dispensando assim a necessidade de termo de consentimento. Foi utilizada uma amostra de aproximadamente 600 pacientes, que são aqueles cadastrados na unidade como hipertensos e diabéticos. Os critérios de inclusão na pesquisa foram os seguintes: pacientes com mais de 60 anos, de ambos os sexos atendidos na Policlínica do Setor Couto Magalhães em Araguaína-TO, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, que receberam o diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes mellitus ou dislipidemia.

Através de questionário específico e individual, procurou-se apreender as condições de vida dos idosos em seus diferentes estratos socioeconômicos, os quais foram ordenados de acordo com os seguintes indicadores: sexo, idade, bairro de residência, uso regular de medicamentos, datas de notificação de HAS e DM, prática de atividade física, realização de dieta, participação em grupos de apoio, presença de doença osteoarticular, presença de dislipidemia, número de consultas de enfermagem, controle dos níveis tensionais e glicêmicos, regularidade das consultas médicas e exames.

Em seguida, estruturou-se o banco de dados, empregando-se *softwares Word for Windows* para processamento de texto e *Excel for Windows* para confecção de tabelas e gráficos.

O presente trabalho de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Medicina Tropical - Araguaína - TO, conforme preconiza a resolução

CNS Nº 196/96 que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2005).

A pesquisa não apresenta riscos ao grupo estudado, pois os dados serão obtidos através de pesquisa em prontuários, assegurando o sigilo do paciente.

4. RESULTADOS

Do total de 600 prontuários analisados, 226 pacientes preencheram os critérios de inclusão na pesquisa. Quanto à distribuição por faixa etária, observou-se que a maior frequência de casos ocorreu na faixa etária de 60 a 69 anos, correspondendo a 55% dos casos, seguida da faixa etária de 70 a 79 anos, que correspondeu a 34% dos casos. Sendo a menor incidência na faixa etária entre 90 a 99 anos (1%), correspondendo à expectativa de vida da população brasileira, segundo Gráfico 1.

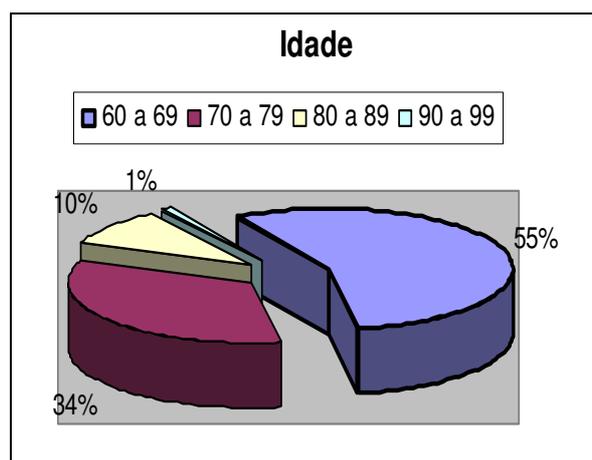


Gráfico 1. Casos de pacientes com HAS e/ou DM e/ou dislipidemia por faixa etária

A distribuição dos casos por sexo mostrou que dos 226 pacientes, a maior incidência foi no sexo feminino com 154 casos contra 72 do sexo masculino, Gráfico 2.

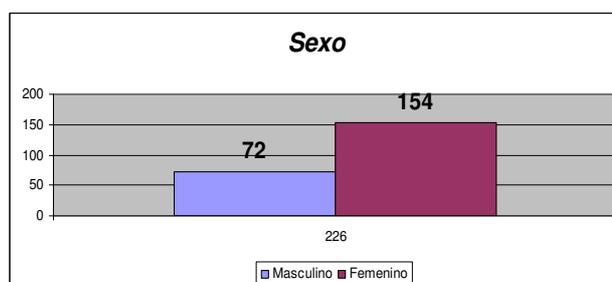


Gráfico 2. Casos de pacientes com HAS e/ou DM e/ou dislipidemia por sexo.

Do total de pacientes do estudo, 96% eram hipertensos, 42% diabéticos, 13% dislipidêmicos, 6% eram hipertensos e dislipidêmicos, 32% eram hipertensos e diabéticos e 7% eram hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos. (ver FIGURA 1). Dos 217 pacientes hipertensos, 157 tem notificação, por escrito no prontuário, no programa HIPERDIA. Dos 96 pacientes com diabetes, 33 tem notificação.

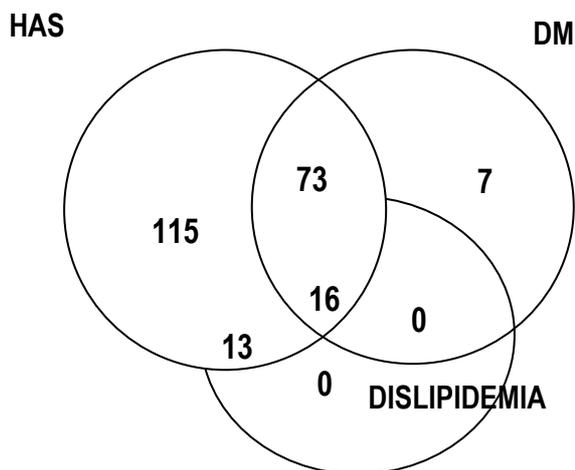


FIGURA 1. Casos de pacientes com HAS e/ou DM e/ou dislipidemia por doença específica

Quanto à regularidade do tratamento, foi observado no estudo que 57% dos pacientes têm tratamento regular na unidade, contra 43% que não tem, Gráfico 3.

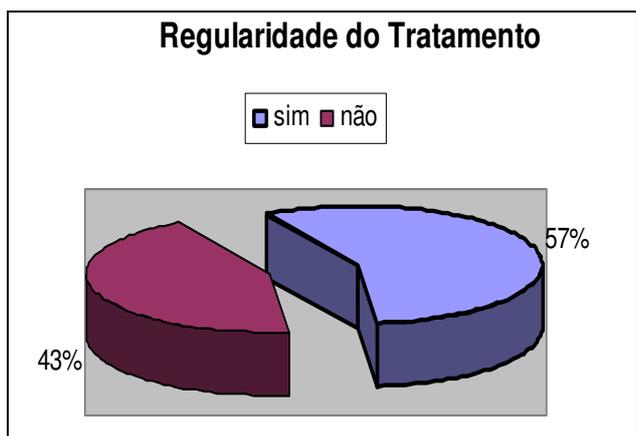


Gráfico 3. Representação da regularidade do tratamento.

Foi observado que 96% dos pacientes não praticavam atividade física com regularidade mínima de três caminhadas semanais por pelo menos trinta minutos, Gráfico 4.

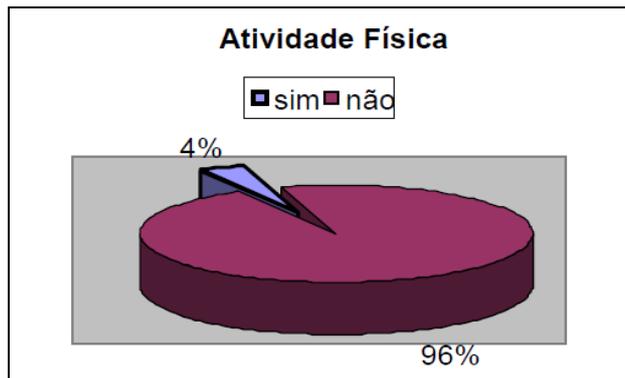


Gráfico 4. Representação da prática de atividade física regular.

Apenas 4% dos pacientes frequentam grupos de apoio a hipertensos e/ou diabéticos, promovidos pelas equipes de atenção básica multiprofissional, Gráfico 5.

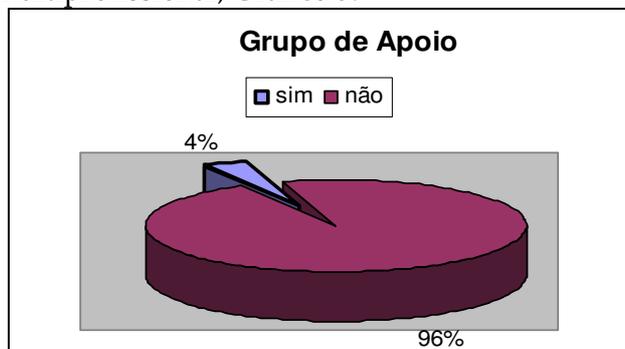


Gráfico 5. Taxa de participação dos pacientes em grupos de apoio.

Em relação à adesão a dieta hipossódica, hipolipídica e hipoglicêmica com regularidade, apenas em 6% dos pacientes foi relatado no prontuário médico de forma escrita, Gráfico 6.

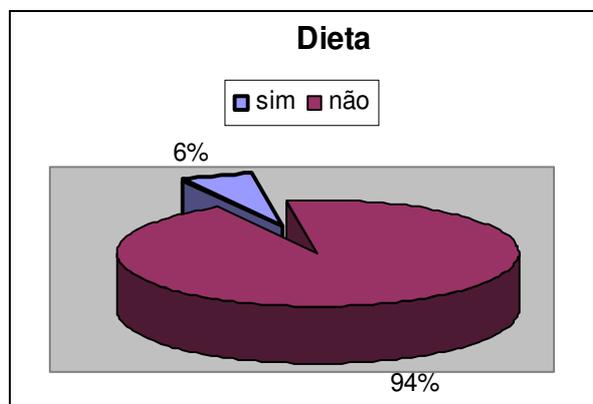


Gráfico 6. Representação dos pacientes que realizam dieta.

Observou-se no estudo que 13% dos pacientes com hipertensão, diabetes e/ou dislipidemia possuíam doença osteoarticular concomitante, tais como osteoporose, osteoartrite, artrite reumatóide, tendinopatias entre outras, Gráfico 7.

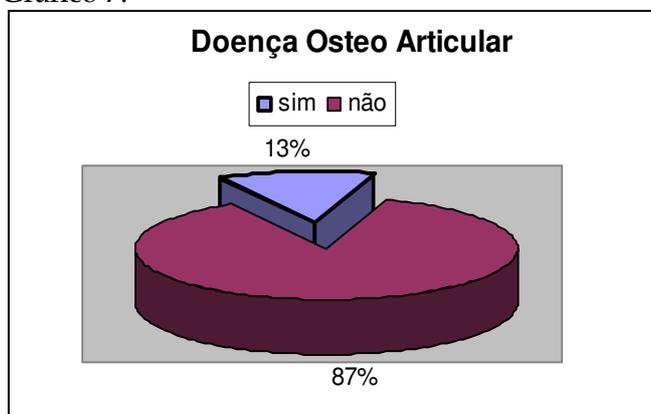


Gráfico 7. Representação gráfica da presença de doença osteoarticular no grupo estudado.

No presente trabalho foi constatado que 17% dos pacientes não possuem acompanhamento, seja por abandono ou mudança de logradouro. Desta forma, verificou-se que há falhas no acompanhamento de tais pacientes, Gráfico 8.

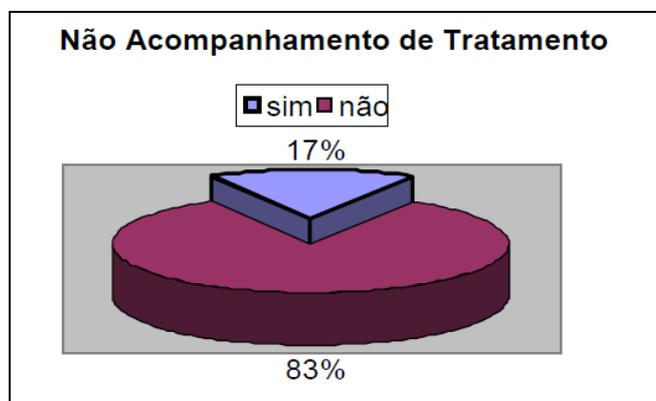


Gráfico 8. Taxa de não acompanhamento de tratamento.

Analisando o item relacionado à periodicidade das consultas médicas, observou-se que 31% dos pacientes tinham consultas anuais, seguida de 26% dos pacientes que não apresentavam regularidade das consultas; 14% dos pacientes eram acompanhados mensalmente, 13% semestralmente e 12% trimestralmente, Gráfico 9.

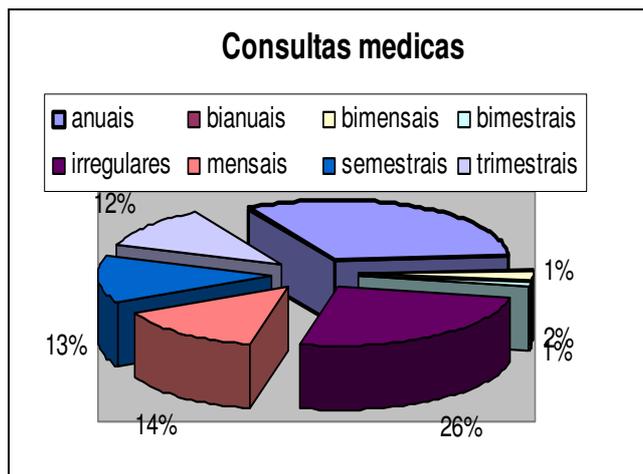


Gráfico 9. Periodicidade das consultas médicas.

Quanto à periodicidade dos exames laboratoriais, foi constatado que grande parte dos pacientes não tem regularidade quanto à solicitação de exames laboratoriais, sendo correspondente a 35% do total. Desta forma, 29% dos pacientes possuem exames anuais, 16% semestrais e 12% trimestrais, Gráfico 10.

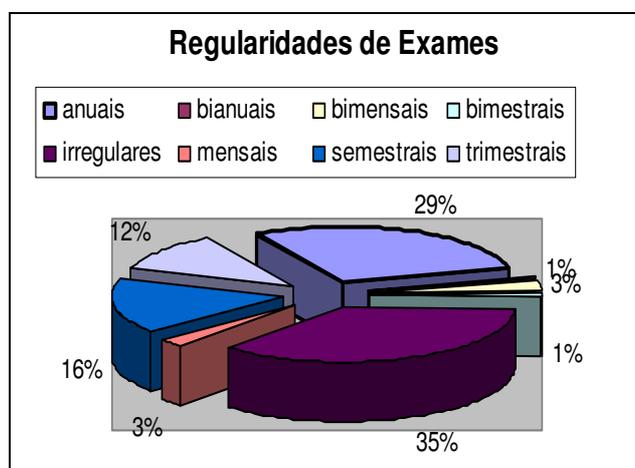


Gráfico 10. Periodicidade dos exames laboratoriais.

Outro dado analisado foi o número de consultas com profissionais de enfermagem, constatando-se que em 66% dos casos houve entre 0-5 consultas, 15% entre 11-15 consultas, 14% entre 6-10 consultas e 5% 16 ou mais consultas, Gráfico 11.

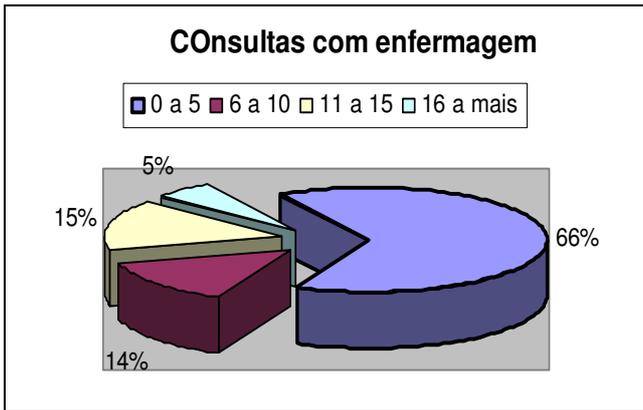


Gráfico 11. Frequência das consultas de enfermagem.

Em relação ao controle dos níveis tensionais, demonstrou-se que 51% dos pacientes apresentam controle dos níveis pressóricos, Gráfico 12, enquanto apenas 25% dos pacientes apresentavam controle dos níveis glicêmicos, Gráfico 13.

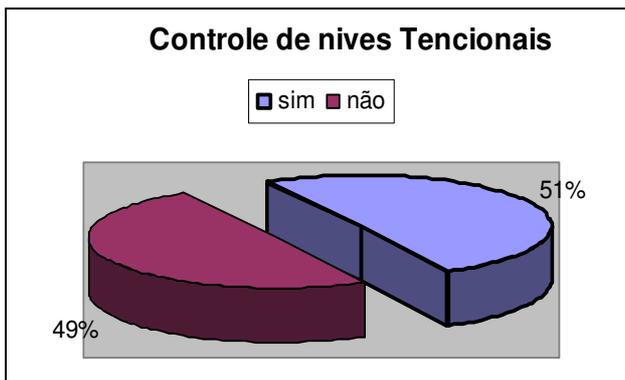


Gráfico 12. Controle dos níveis pressóricos.

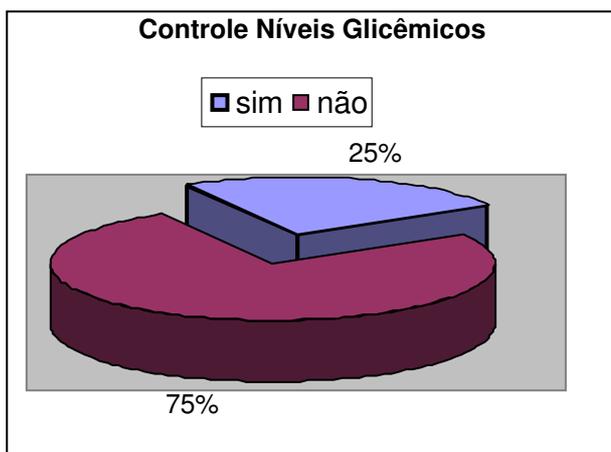


Gráfico 13. Controle dos níveis glicêmicos.

Quanto ao endereço dos pacientes em estudo, observou-se que há uma certa igualdade entre o número de casos por bairro, estando no Setor Couto o maior numero de pacientes (19%), seguido pelo Setor Itapuã com 15%, Setor Noroeste com 11% e Setor Couto Magalhães com 10%, Gráfico 15.

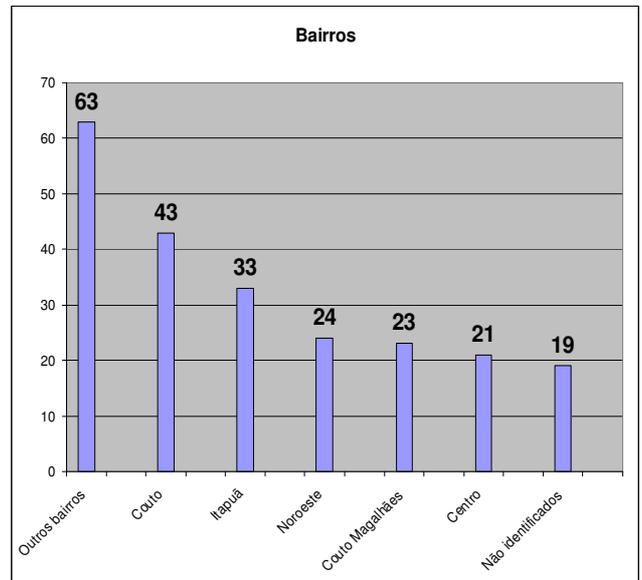


Gráfico 14. Distribuição dos pacientes por bairro.

Já em relação à medicação prescrita, a maioria dos pacientes hipertensos faz uso de hidroclorotiazida, correspondendo a 48%, e 44% dos pacientes usam captopril. Nos diabéticos, a glibenclamida foi a mais prescrita, totalizando 24% dos pacientes, enquanto a metformina foi usada em 16% dos pacientes. O percentual de pacientes não medicados chega a 17%, Gráfico 15.

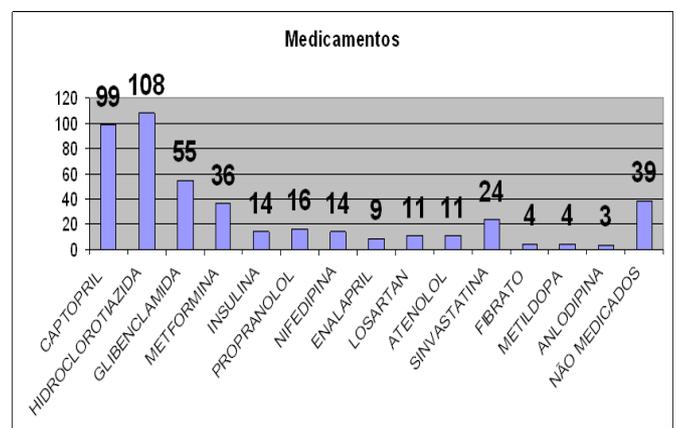


Gráfico 15. Proporção de medicamentos prescritos.

5. DISCUSSÃO

A Policlínica do Setor Couto Magalhães situa-se na Avenida Perimetral, nº 737 no município de Araguaína-TO, e realiza atendimentos na atenção secundária. Possui um total de 600 pacientes cadastrados como hipertensos e diabéticos. Em nosso estudo verificamos que a maior frequência de casos de diabetes e/ou hipertensão ocorreu na faixa etária de 60 a 69 anos, correspondendo a 55% dos casos, sendo esse dado corroborado pelo relatório de indicadores da situação de agravos HIPERDIA, que mostrou uma prevalência 49% nessa mesma faixa etária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em relação ao sexo, os dados do HIPERDIA reportam que a maioria dos pacientes é do sexo feminino correspondendo a 61% dos casos. Neste estudo, a proporção de mulheres foi de 68%, mostrando uma equidade entre os dados.

De acordo com os dados do HIPERDIA 96% dos indivíduos hipertensos são cadastrados no sistema e 22% dos indivíduos diabéticos possuem cadastro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Com relação à notificação no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), foi constatado que 72% dos pacientes hipertensos são cadastrados, enquanto apenas 34% dos pacientes diabéticos possuem cadastro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Essa subnotificação pode falsear os dados do cadastro nacional, gerando dados incorretos e interferindo nas políticas de saúde pública. Neste trabalho, foi constatado que a não notificação, em alguns casos, ocorreu pela falta de exames laboratoriais e em outros, mesmo o paciente tendo o diagnóstico confirmado não foi inscrito no cadastro nacional.

Na região norte do Brasil, onde observamos uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, alguns pacientes assintomáticos não são diagnosticados, por isso não chegam a receber atendimento médico.

Em nossa casuística, 13% dos pacientes possuíam dislipidemia. Os estudos que determinam de forma fidedigna a prevalência real de dislipidemia são raros (SOUZA, 2003).

Com relação à regularidade do tratamento, 57% mantinham tratamento regular, 51% dos pacientes obtiveram controle dos níveis

pressóricos com o tratamento proposto e apenas 25% dos pacientes obtiveram controle adequado dos níveis glicêmicos. De acordo com a literatura, mais de 1/3 dos pacientes hipertensos desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com o tratamento proposto. Em relação ao diabetes mellitus, quase metade desconhecia este diagnóstico e apenas 2/3 destes indivíduos estão em acompanhamento nas unidades de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Analisando-se a baixa frequência em atividade física regular (4%), em grupos de apoio (4%) e na assiduidade à dieta, é visto que mudanças no estilo de vida devem ser incentivadas com maior intensidade por parte dos profissionais de saúde, com o apoio dos gestores de saúde. Esses índices refletem uma deficiência nas ações preventivas. Somando-se a esses fatos, 17% dos pacientes não são assistidos no tratamento, colaborando ainda mais para a falta de controle do DM e da HAS.

Quanto às medicações prescritas, os dados do HIPERDIA mostram que o anti-hipertensivo mais usado é o captopril, seguido pela hidroclorotiazida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). No presente estudo o fármaco anti-hipertensivo mais usado é a hidroclorotiazida, seguida pelo captopril, havendo, portanto, divergências dos dados nacionais. Ao contrário, houve semelhança entre os dados no que se refere aos hipoglicemiantes orais, sendo a glibenclamida a mais prescrita, seguida pela metformina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Do total de 13% de pacientes com dislipidemia, 12% faziam uso de medicação hipolipemiante. A taxa de não medicados (17%) ainda encontra-se elevada.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial é recomendada avaliação médica pelo menos duas vezes por ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004). Neste trabalho observou-se que 31% dos pacientes tinham consultas anuais, seguida de 26% dos pacientes que não apresentavam regularidade das consultas; 14% dos pacientes eram acompanhados mensalmente, 13% semestralmente e 12% trimestralmente. Em adição, 66% das consultas de enfermagem se

encontram numa frequência de 0 a 5 consultas no período estudado. Segundo essas diretrizes, cabe à enfermagem as orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004).

Não há uma frequência determinada de solicitação de glicemia para acompanhamento de glicemia sérica, a frequência depende das condições clínicas do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002). Neste estudo foi constatado que uma grande parte dos pacientes não tem regularidade quanto à solicitação de exames laboratoriais, sendo correspondente a 35% do total estudado, tornando-se necessário maior investimento na atenção básica.

6. CONCLUSÃO

Neste estudo observou-se que a maioria dos idosos hipertensos, diabéticos e/ou dislipidêmicos se encontram numa faixa etária dos 60 aos 69 anos, semelhante à realidade nacional, sendo a maioria dos pacientes do sexo feminino (68%). Uma grande parcela dos pacientes com esses diagnósticos não foram cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, o que gera subnotificação.

Apenas 13% dos pacientes citados possuem o diagnóstico de dislipidemia, porém esse valor pode ser falso, devido à falta de exames laboratoriais que excluam essa patologia, visto que é uma doença assintomática. O número de consultas médicas também se encontra deficitário, em relação ao preconizado pelas diretrizes.

Sendo assim, faz-se necessário ampliar medidas de prevenção secundária e primária visando diminuir os agravos decorrentes dessas patologias.

7. REFERÊNCIAS

CENTERS OF DISEASE CONTROL OF PREVENTION. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Department of Health and Human Services. The power of prevention: reducing the health and economic burden of chronic disease. Atlanta, 2003.

LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; Fatores de risco para Hipertensão Arterial e

Diabete Melito em Trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. Arq Brás Cardiol. São Paulo, v.87, n.4, p.471-479, Outubro, 2006.

MAGALHÃES, M.E.C. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol. São Paulo, v.13, n.1, p.123-159, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de saúde. Plano de reorganização à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes. São Paulo, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento de síndrome metabólica. Rev Bras Hipertensão. Rio de Janeiro, v.4, p.123-159, 2004.

ROSA, Eduardo Cantoni et al. Hipertensão Arterial Sistêmica. Rev Bras Med. São Paulo, v.61, ed.especial, p.56-69, Dezembro/2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, n.14, p.1-56, 2006.

CANOY, D. et al. Cigarette smoking and fat distribution in 21,828 British men and women. Obes Res. Inglaterra, v.13, n.8, p.1466-1475, 2005.

DING, Eric L. et al. Smoking and type 2 diabetes. JAMA. United States, v.298, n.22, p.2675-2676, December/2007.

FORTI, Neusa; Daiamont, Jayme. Fatores de risco cardiovascular. In: CARVALHO, Eurico Thomaz de Filho; PAPALÉO, Matheus Netto. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 17, 219-228.

FREITAS, Elizabete Viana. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 1187 p.

FALUDI, André Arpad et al. Dislipidemias. Rev Bras Med. São Paulo, v.61, ed.especial, p.98-103, Dezembro/2004.

HOWARD, W. J. et al. Non-HDL cholesterol as a predictor of cardiovascular disease in type 2 diabetes: The Strong Heart Study. Diabetes Care. França, v.26, p.16-23, 2003.

SOUZA, Luiz José de et al. Prevalência de Dislipidemia e Fatores de Risco em Campos dos Goytacazes - RJ. *Arq Bras Cardiol.* São Paulo, v.81, n.3, p. 249-256, 2003.

FERREIRA, Sandra R.G. LDL da síndrome metabólica à instabilização da placa aterosclerótica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* São Paulo, v.50, p.334-343, 2006.

MAINEIRI, Nicole de Liz. Fatores de risco para doença cerebrovascular e função cognitiva em idosos. *Arq Bras Cardiol.* Porto Alegre, v. 89, n. 3, p. 142-146, 2007.

MARCONDES, José Antonio Miguel et al. Diabetes mellitus e envelhecimento. Cap. 34, p.387-406, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção Básica. Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acessado em 02/11/2008.

PEREIRA, Ana Paula Franco Viegas. Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos idosos com diabetes auto referido: um estudo para o estado de Minas Gerais, 2003. 1 ed. Belo Horizonte: Cedeplar, 2006. p78. Disponível em http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2006/Ana_Paula_Franco_Viegas_Pereira.pdf. Acessado em 29/04/2008.