

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

KAMILLE KOTEKEWIS

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS
SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

Porto Alegre

2013

KAMILLE KOTEKEWIS

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS
SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Margarita Ana Rubin Unicovsky.

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria muito de agradecer a Profa. Dra. Maria Luiza Paz Machado por ter aceitado participar da minha banca, pelas contribuições para o meu trabalho e por ser um exemplo de profissional a seguir. Muito obrigada!

Gostaria de agradecer também a Profa. Beatriz Ferreira Waldmann, por ter me acolhido nestes momentos finais da graduação, cujo apoio e ensinamentos não serão esquecidos. Muito obrigada!

Gostaria de agradecer também as quatro pessoas que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho:

Meu pai, Dioraci Antonio Kotekewis, pelo apoio contínuo, pela leitura crítica do meu trabalho, pelos elogios e dicas. Pelas discussões diárias sobre as questões da vida e do mundo. Muito obrigada!

Minha Psicóloga Msc. Sabrina Guerreiro Caldeira, por todo apoio neste momento difícil, pelas dicas, pelo carinho e pelos reikis enviados! Por me auxiliar a enxergar o mundo e a vida de uma forma diferente. Muito obrigada!

Minha grande Amiga Enfa. Leticia Gabriel Abdala por toda a amizade construída ao longo da graduação, pelas confidências, pelo carinho e por todo o crescimento pessoal e profissional que tu me proporcionou. Principalmente pela ajuda e solidariedade neste momento final, o que jamais será esquecido! Muito obrigada!

Meu namorado Lucas Molina Sentinger por todo amor e carinho. Pela compreensão da dificuldade deste momento. Pelo apoio diário incondicional, pela leitura incessante do trabalho, pelas dicas, pelas surpresas e pelos cuidados! Saibas que o teu apoio foi crucial e que tudo isso será retribuído! Muito obrigada!

*Dedico este trabalho a todos os pacientes
que cuidei durante a graduação cuja
gratidão declarada ou demonstrada
é simplesmente inestimável.*

RESUMO

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, verificou-se um aumento no número de idosos no Brasil. No ano de 2010, as pessoas com 60 anos ou mais correspondiam a 13,6% da população do Estado do Rio Grande do Sul. O envelhecimento está diretamente relacionado ao aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Idosos portadores de uma ou mais doenças deste grupo podem ter, como consequência, declínio da sua capacidade funcional. Com o desenvolvimento da tecnologia científica, os procedimentos cirúrgicos têm sido cada vez mais empregados entre os pacientes desta faixa etária para o diagnóstico e o tratamento de DCNT. **OBJETIVO:** Verificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Foram avaliados os prontuários de 146 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos no mês de janeiro de 2013 na Unidade de Bloco Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA. **RESULTADOS:** A maioria dos idosos era do sexo masculino (53,4%), tinham entre 60 e 69 anos (54,8%), eram da raça branca (91,8%), casados (62,3%) e procedentes da Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre (92,4%). A maior parcela da amostra foi submetida à cirurgia para tratamento de neoplasias (37%). A prevalência de DCNT foi de 89%, sendo mais comum o grupo das Doenças Cardiovasculares (65,1%), seguidas pelas Neoplasias Malignas (45,2%), *Diabetes Mellitus* tipo 2 (21,9%) e Doenças Respiratórias Crônicas (7,5%). **CONCLUSÃO:** A prevalência de DCNT foi significativamente maior ($p < 0,001$) entre os pacientes desta amostra em relação à população geral maior de 60 anos. Quando avaliado especificamente cada grupo de DCNT, as prevalências identificadas foram inferiores aos resultados de outras pesquisas com idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos. É fundamental conhecer o padrão de desenvolvimento e as consequências dessas patologias neste grupo etário. Esses achados reforçam a importância da atuação do enfermeiro na prevenção, tratamento e acompanhamento de idosos de forma a reduzir a morbimortalidade por DCNT.

DESCRITORES: Idoso, doença crônica, prevalência.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In recent decades, there has been an increase in the number of elderly in Brazil. In 2010, people with 60 years or more accounted 13.6% of the population of the State of Rio Grande do Sul. Aging is directly related to the increase in incidence, prevalence and mortality by Non-Communicable Chronic Diseases (NCD). Elderly with one or more diseases of this group can have, as a consequence, decrease of their functional capacity. With the development of scientific technology, surgical procedures have been increasingly used in patients in this age group for diagnosis and treatment of NCD. **OBJECTIVE:** Verify the prevalence of Non-Communicable Chronic Diseases in the elderly undergoing surgical procedures. **METHOD:** This is an exploratory study, cross-sectional, with quantitative approach. There were evaluated the records of 146 elderly patients submitted to surgical procedures in the month of January 2013 in the Surgical Unit of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA). The project was approved by the Research Committee of the School of Nursing at UFRGS and the Research Ethics Committee of the Research and Graduate group of HCPA. **RESULTS:** The majority of elderly were male (53.4%), were between 60 and 69 years (54.8%), were white (91.8%), married (62.3%) and from the Mesorregião Metropolitana of Porto Alegre (92.4%). The largest portion of the sample was submitted to surgical treatment of neoplasms (37%). The prevalence of NCD was 89%, being more common the group of cardiovascular diseases (65.1%), followed by Malignant Tumors (45.2%), type 2 Diabetes Mellitus (21.9%) and Chronic Respiratory Diseases (7.5%). **CONCLUSION:** The prevalence of NCD was significantly higher ($p < 0.001$) among patients in this sample compared to the general population older than 60 years. When each group NCD were specifically evaluated, prevalence rates identified were lower than the results of other studies with elderly patients submitted to surgical procedures. It is essential to understand the pattern of development and the consequences of these diseases in this age group. These findings reinforce the importance of the nurse's role in prevention, treatment and monitoring of elderly people in order to reduce morbidity and mortality from NCD.

DESCRIPTORS: Elderly, chronic disease, prevalence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da amostra segundo os fatores sociodemográficos.	25
Tabela 2	Distribuição da frequência dos tipos de procedimentos cirúrgicos.	26
Tabela 3	Taxa de prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos.	27
Tabela 4	Taxa de prevalência de Doenças Cardiovasculares segundo as categorias das variáveis sociais.	29
Tabela 5	Taxa de prevalência de <i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2 segundo as categorias das variáveis sociais.	31
Tabela 6	Taxa de prevalência de Neoplasias Malignas segundo as categorias das variáveis sociais.	33
Tabela 7	Taxa de prevalência de Doenças Respiratórias Crônicas segundo as categorias das variáveis sociais.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA – Câncer

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DM2 – *Diabetes Mellitus* tipo 2

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRC – Doenças Respiratórias Crônicas

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NM – Neoplasia Maligna

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específico	12
3 CONTEXTO TEÓRICO	13
3.1 Doenças Cardiovasculares	15
3.2 <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2	16
3.3 Neoplasias Malignas	18
3.4 Doenças Respiratórias Crônicas	19
4 MÉTODO	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2 Campo de pesquisa	21
4.3 População e amostra	22
4.4 Coleta de dados	22
4.5 Instrumento	22
4.6 Análise dos dados	23
5 ASPECTOS ÉTICOS	24
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	25
6.1. Caracterização da amostra	25
6.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	27
6.2.1 Doenças Cardiovasculares	28
6.2.2 <i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2	30
6.2.3 Neoplasias Malignas	33
6.2.4 Doenças Respiratórias Crônicas	35
7 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados	47
ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto pela COMPESQ/EENF	48
ANEXO B – Parecer de aprovação do projeto pela Comissão Científica do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA	49
ANEXO C – Termo de Consentimento para Utilização de Dados	50

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento no número de idosos tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, como o Brasil. Dados de 2010 revelam que os idosos representam 10,8% da população brasileira, totalizando quase 21 milhões de pessoas (IBGE, 2010a). No Rio Grande do Sul, no ano de 2000, havia aproximadamente 1,06 milhão de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 10,4% da população (IBGE, 2000), enquanto dados de 2010 mostram que há aproximadamente 1,46 milhão de pessoas nesta faixa etária, constituindo 13,6% da população do Estado (IBGE, 2010a). Com o aumento progressivo do percentual de idosos em relação aos outros grupos etários, é impreterível o estabelecimento de estratégias para atender as demandas desta parcela da população com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida, possibilitando que as pessoas usufruam de uma velhice com independência, saúde e participação na comunidade (SANTOS JÚNIOR, 2003).

Associado ao aumento da longevidade está ocorrendo uma mudança no perfil da morbimortalidade dos brasileiros desde a década de 40, cuja causa principal era decorrente das doenças infecciosas e parasitárias, gradativamente substituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enfermidades mais complexas e onerosas. Dados de 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009a) mostram que as DCNT atingiam 75,5% dos idosos no Brasil, sendo destes, 69,3% dos homens e 80,2% das mulheres. A mesma pesquisa do Instituto mostrou que as patologias mais comuns nesta faixa etária foram a hipertensão arterial sistêmica, verificada em 60,8% dos idosos e a *diabetes mellitus* tipo 2 constatada em 21,5% da amostra analisada.

O envelhecimento está diretamente relacionado ao aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por DCNT, cujo desfecho depende da gravidade do acometimento e da capacidade de autocuidado do indivíduo para o controle da doença e para a prevenção de complicações (GOTTLIEB et al., 2011). Idosos portadores de uma ou mais doenças deste grupo, que desenvolvem o manejo de forma inadequada, podem apresentar como consequência declínio da sua capacidade funcional, caracterizada pela perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades de vida diária, como a alimentação, a locomoção e a higiene pessoal, determinando a necessidade de um cuidador (BRASIL, 2006). Sabe-se que a incapacidade tem consequências para o próprio indivíduo, como diminuição da qualidade e aumento do custo de vida; para sua família, devido à

necessidade de prover cuidados domiciliares; para o sistema de saúde, com o aumento da demanda de atendimentos de emergência e internações; para a sociedade, como a ocorrência de aposentadoria precoce. Sabe-se que esta condição é inerente ao processo de envelhecimento, podendo, no entanto, ser postergada com objetivo de desenvolver a máxima qualidade de vida por maior tempo possível (BRASIL, 2006).

Os serviços de Atenção Básica abarcam a principal forma de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), cuja finalidade é atuar na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, propiciando resolutividade de até 85% dos problemas de saúde (BRASIL, [s.d.a]). É neste âmbito que deve ser definido o diagnóstico, o tratamento e acompanhamento dos pacientes com DCNT, sendo fundamental que as equipes atuem ativamente na busca dos idosos de seu território de abrangência, com objetivo de prevenir a exacerbação destas doenças. Barreto e Figueiredo (2009) ressaltam que o diagnóstico de doenças crônicas está relacionado a uma pior autoavaliação da saúde e que isto pode estar associado a uma tendência menor de autocuidado e maior de ocorrência de fatores de risco para o acometimento por patologias deste grupo.

Com o desenvolvimento da tecnologia científica, a cada dia um maior número de idosos são submetidos a procedimentos cirúrgicos para diagnóstico e tratamento de DCNT, como as cirurgias cardíacas e a remoção de tumores. Em muitos casos, estes procedimentos constituem na primeira etapa do tratamento da patologia crônica, o que contribui com a melhora da qualidade de vida e a reabilitação do idoso para o retorno de sua independência ou para atenuar sua dependência. Com este estudo espera-se contribuir com novas investigações que abordem a temática do tratamento e das consequências das DCNT na população idosa.

É fundamental que o enfermeiro reconheça que o diagnóstico de DCNT acarreta mudanças no cotidiano do idoso, no que se refere desde ao uso de medicamentos e a realização de procedimento cirúrgico, até a necessidade constante de um cuidador. Além disso, é essencial identificar as particularidades da ocorrência destas doenças neste grupo etário, a fim de prover diagnósticos de enfermagem acurados e estabelecer cuidados eficazes, atuando na prevenção, tratamento e acompanhamento dos idosos portadores de DCNT a fim de evitar as complicações inerentes a estas doenças. A equipe de enfermagem tem papel importante em auxiliar o paciente a compreender a doença, e as suas consequências, e a efetuar os cuidados, de forma a obter uma melhor qualidade de vida.

Em virtude da relevância da temática e pela atuação acadêmica enquanto estagiária em atividades curriculares e extracurriculares na unidade de bloco cirúrgico, unidade de recuperação pós-anestésica e unidade de terapia intensiva, tive o interesse de fazer um levantamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A questão norteadora do estudo é: Qual é a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Verificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos.

2.2 Específico

Relacionar as doenças crônicas não transmissíveis às variáveis sociais, associando-as à principal comorbidade crônica e aos procedimentos cirúrgicos realizados.

3 CONTEXTO TEÓRICO

O envelhecimento é um fenômeno inerente à vida, que relaciona a passagem do tempo a mudanças biopsicossociais específicas e que ocorre de forma diferente para cada indivíduo, conforme seus hábitos de vida, suas características genéticas e seu meio ambiente (BRASIL, 2008a). Zimerman, apud Silva e Santos (2009) menciona que o envelhecimento implica em alterações biológicas, psicológicas e sociais. Eliopoulos e colaboradores (p. 60, 2005) destaca como mudanças biológicas as modificações de todos os sistemas orgânicos; acerca das mudanças sociais, são reconhecidas a ocorrência da aposentadoria e da viuvez; quanto as questões psicológicas, ressalta a consciência da mortalidade. As alterações próprias do envelhecimento implicam na diminuição da capacidade funcional, que se reflete na dificuldade progressiva que o indivíduo apresenta para realizar as atividades cotidianas (BRASIL, 2008a). Segundo o Estatuto do Idoso toda pessoa com 60 anos ou mais é considerada idosa (BRASIL, 2003).

Santos (p. 17, 2005) define cirurgia como:

“Um método de tratamento de doenças, como lesão ou deformidade externa ou interna, que requer preparo, ambiente, pessoal e equipamentos específicos para cada área do corpo, ou seja, para cada especialidade, requerendo principalmente habilidade da equipe médica, do cirurgia, seus auxiliares e a enfermagem.”

A definição da necessidade de um procedimento cirúrgico é feita pelo médico, a partir da análise da história da doença e do paciente, do diagnóstico e das condutas. A equipe de enfermagem é essencial nos cuidados de prévio ao procedimento, bem como no transoperatório e no pós-operatório imediato e tardio, em que é responsável, respectivamente, pela realização dos cuidados hospitalares e pela orientação dos cuidados domiciliares (SANTOS, 2005).

Quanto à presença das DCNT, os idosos acometidos têm suas condições de vida determinadas conforme a gravidade da doença e sua capacidade de autocuidado, pois todas as doenças afetam de alguma forma a qualidade de vida diária (ELIOPOULOS et al., p. 377, 2005). Desta forma, pessoas com idades semelhantes e acometidas pela mesma doença podem apresentar condições de vida bastante diferentes, uma com excelente controle da doença e outra, com dificuldades no manejo e conseqüente risco aumentado para complicações, com deterioração da capacidade funcional (BRASIL, 2008a).

Sabe-se que as DCNT constituem um grupo de doenças multifatoriais relacionadas a fatores de risco não modificáveis, modificáveis e sociais (BRASIL, [s.d.b]). Os fatores de risco não modificáveis são as características que constituem o indivíduo como sexo, idade, etnia, enquanto os fatores de risco modificáveis são aqueles dependentes do estilo de vida como alimentação, tabagismo/alcoolismo/uso de drogas, estresse, sedentarismo. Fatores de risco sociais estão relacionados às condições de vida em que os indivíduos estão inseridos, como situação financeira, escolaridade, condições de moradia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNT estão relacionadas a 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo (BRASIL, [s.d.b]). Conforme Achutti e colaboradores (2004) no Brasil, em 2001, as DCNT foram responsáveis por 62% das mortes e 39% das internações hospitalares registradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Gottlieb e colaboradores (2011), em 2007 a mortalidade dos idosos no Estado do Rio Grande do Sul por DCNT foi causada principalmente: por doenças do aparelho circulatório, em 37,4% dos casos; em 21% dos casos, por neoplasias; em 14,7% dos casos, por doenças do aparelho respiratório.

Constituem o grupo das DCNT: doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e *diabetes mellitus*. Além destas, inclui doenças que “contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade” como as doenças mentais e neurológicas, bucais, ósseas, articulares, genéticas, oculares e auditivas (BRASIL, 2008b).

Sendo todas as DCNT evitáveis ou tratáveis, é fundamental o diagnóstico precoce e a disponibilidade de tratamento adequado aos idosos acometidos por estas. Com isso o Ministério da Saúde definiu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil de 2011 a 2022. Este projeto tem como objetivo desenvolver e implementar políticas públicas para a prevenção e controle das DCNT, a partir do conhecimento dos fatores de risco, magnitude e tendências destas doenças e de realização de ações que promovam prevenção do uso de drogas, alimentação saudável, prática de atividade física e envelhecimento ativo (BRASIL, [s.d.b]).

Sabe-se que o manejo inadequado das DCNT pode causar dificuldades e incapacidades na vida diária dos pacientes, com consequências psicossociais negativas aos idosos e suas famílias, sendo que a possibilidade de tratamento cirúrgico restaurador ou preventivo é uma alternativa para os pacientes.

Segundo o Ministério da Saúde (FREITAS et al., p. 119, 2006) as principais causas de internação hospitalar entre idosos em 2006 estiveram relacionadas ao agravamento das condições clínicas de DCNT, como doenças respiratórias, hipertensão, *diabetes mellitus* ou o desencadeamento de novas patologias a partir das primárias, como cardíacas e cerebrovasculares. É fundamental que a equipe cirúrgica multiprofissional conheça as particularidades dos pacientes, também buscando evitar complicações no transoperatório e pós-operatório.

3.1 Doenças Cardiovasculares

Os dados do Ministério da Saúde afirmam que as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de morte em idosos no Brasil no ano de 2007, estando relacionadas a 37,7% dos óbitos (BRASIL, 2010a). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta alta prevalência na população idosa e é o principal fator de risco modificável para doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2010a). Estudos realizados no Brasil verificaram prevalência de mais de 50% de HAS em indivíduos entre 60 e 69 anos e de 75%, na população com idade acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Uma investigação realizada nas capitais brasileiras verificou que esta patologia foi autorreferida por 55% dos idosos entrevistados (COSTA et al., 2009), enquanto entre idosos submetidos à cirurgia cardíaca a prevalência de HAS foi de 76% (ARMENDARIS; MONTEIRO, 2012). Sabe-se que a manutenção de uma pressão arterial elevada pode ter como consequências insuficiência cardíaca e renal e comprometimento da visão (SMELTZER et al., p. 863, 2009). Além destas, a HAS está relacionada à ocorrência de 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) (ZAITUNE et al., 2006).

A HAS é uma doença crônica multifatorial que consiste em níveis elevados e sustentados de pressão arterial que tem como consequência danos irreversíveis em órgãos como coração, rins e olhos. Os fatores de risco para HAS e consequentemente para as doenças cardiovasculares (DCV) devem ser avaliados nos idosos com objetivo de reconhecê-los precocemente, para o estabelecimento de medidas eficazes para redução dos níveis de pressão arterial bem como da mortalidade entre os idosos. São eles: história familiar; idade avançada; gênero feminino; etnia negra; baixo nível de escolaridade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010); condição socioeconômica desfavorável (ZAITUNE et al., 2006);

excesso de peso ou obesidade (MUNARETTI et al., 2011); padrão alimentar rico em sal, açúcares e gorduras; sedentarismo; tabagismo (COSTA et al., 2009); excesso de bebida alcoólica (ZAITUNE et al., 2006).

Tanto a prevenção quanto o tratamento da HAS consistem na adoção de hábitos de vida saudáveis, de forma a reduzir o risco de desenvolver a doença ou suas consequências. Em relação ao tratamento, é indicada a mudança de hábitos de vida a todos os pacientes com HAS, sendo necessário o uso de medicamentos monoterapia ou em associação conforme o estágio da doença e percepção de lesão em órgãos que a patologia comumente acomete (ZAITUNE et al., 2006). Outro método importante para o tratamento da HAS é o aumento do conhecimento do paciente sobre a doença e suas consequências, através da educação para a saúde, que pode ser desenvolvida durante a consulta de enfermagem, bem como a participação em grupos terapêuticos (SMELTZER et al., p. 867, 2009).

3.2 Diabetes Mellitus tipo 2

Dados brasileiros afirmam que as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, grupo em que as diabetes estão inseridas, estiveram relacionadas a 7,5% das mortes entre idosos em 2007 (BRASIL, 2010a). A região sul do Brasil apresenta maior taxa de prevalência do *diabetes mellitus* (10,5%) em relação à taxa brasileira (9,9%) (BRASIL, 2012). A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) verificou maior ocorrência de diabetes entre idosos, pois 21,6% dos entrevistados com idade igual ou superior a 65 anos eram diabéticos (BRASIL, 2012). Mendoza e Peniche (2009) avaliaram 110 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos, verificando prevalência de 25,5% de diabéticos.

As diabetes são um grupo de doenças com prevalência menor em relação as demais DCNT, no entanto tem grande impacto social ao paciente, a família deste e ao sistema de saúde, pois estão associadas a diminuição da qualidade de vida ao causar diversas limitações devido a complicações crônicas, como amputações, cegueira e nefropatias (FRANCISCO et al., 2010). A neuropatia diabética, por exemplo, está relacionada à amputação de membros inferiores (25,6% de ocorrência entre portadores de pé-diabético e 2,3%, entre diabéticos) (VIEIRA-SANTOS et al., 2008), enquanto a nefropatia diabética é a principal causa de insuficiência renal terminal, sendo diagnosticada entre 25% dos pacientes submetidos a hemodiálise (LENARDT et al., 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), as diabetes são classificadas em quatro grupos de doenças: *Diabetes Mellitus* tipo 1, *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2), *Diabetes* Gestacional e outros tipos específicos de Diabetes. Além destes, há outros dois estágios alterados de tolerância a glicose, que caracterizam a Pré-Diabetes: glicemia de jejum alterada e tolerância a glicose diminuída (SBD, 2009) Neste estudo, abordaremos apenas o *Diabetes Mellitus* tipo 2 por totalizar 90 a 95% dos casos de diabetes no Brasil (SBD, 2009).

Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA) o *diabetes mellitus* “é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultantes dos defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambas” (SMELTZER et al., p. 1158, 2009). Atualmente, também é considerada uma doença vascular, sendo definida como uma síndrome dismetabólica cardiovascular (SBD, 2009). A insulina é um hormônio produzido pelas células beta das ilhotas de Langerhans pancreáticas e é responsável pela regulação dos níveis sanguíneos de glicose. Nos diabéticos, ocorre a redução da produção da insulina ou a resistência dos tecidos ao funcionamento adequado deste hormônio. Fidelis e colaboradores (2009) ressaltam que a prevalência maior entre os idosos, em relação às outras faixas etárias, indica que o processo de envelhecimento é um fator predisponente ao risco de DM2. Isto pode ser explicado pelo aumento da resistência à insulina e intolerância a glicose.

As complicações agudas do diabetes são a cetoacidose diabética e a síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica. Quanto as complicações crônicas, estas podem ser macrovasculares (doença cardíaca coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular), microvasculares (retinopatia e nefropatia) e neurológicas (neuropatia) (SMELTZER et al., p. 1159, 2009).

A prevenção do DM2 é baseada na adoção de hábitos de vida saudáveis, conquanto a alimentação, prática de regular de atividade física, controle da obesidade, da HAS e da dislipidemia (SBD, 2009). Quanto ao tratamento, o de primeira escolha é baseado na mudança de hábitos de vida, desenvolvidos também para a prevenção da DM2. Nos casos em que o paciente não responde a este tratamento, é indicada a terapia medicamentosa com antidiabéticos ou insulino terapia para controlar a hiperglicemia (SBD, 2009). Além disso, o tratamento inclui a educação para a saúde, que é fundamental para o autocuidado do diabético no sentido de evitar as complicações da doença (BORBA et al., 2012).

3.3 Neoplasias Malignas

Dados do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010) mostram que entre os anos de 2000 e 2004 houve quase 31 mil casos de câncer na cidade de Porto Alegre, entre eles quase 18 mil foram em idosos.

Segundo Smeltzer e colaboradores (p. 320, 2009):

“O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente as células.”

A literatura mostra que o câncer no idoso deve ser estudado de uma forma diferenciada pois ele atinge esta população distintamente em relação as demais faixas etárias. O envelhecimento é um importante fator de risco ao desenvolvimento de câncer, no entanto a partir dos 80 anos, este risco diminui. Uma das explicações para maior incidência de câncer em idosos está relacionada aos danos que os radicais livres causam no DNA, que se acumulam ao longo da vida (ASSIS et al., 2011). Além disso, alguns tipos de câncer ocorrem de forma mais branda no idoso, como o câncer de mama, enquanto outras acontecem de forma mais agressiva como a leucemia (ASSIS et al., 2011).

Outra condição relacionada ao câncer em idosos é que estes geralmente possuem comorbidades, o que influencia em uma menor chance de sobrevivência e pior qualidade de vida, além de que estas comorbidades podem interferir dificultando ou retardando o diagnóstico (ASSIS et al., 2011).

O tratamento do câncer consiste na realização de procedimento cirúrgico para remoção da massa tumoral, que pode ser associada a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (ASSIS et al., 2011). O INCA (2012) estimou a ocorrência de 37 novos casos de câncer de pulmão a cada 100 mil homens e 19 casos, a cada 100 mil mulheres. Os tipos de câncer mais incidentes nos homens idosos em Porto Alegre entre 2000 e 2004 foram: 9,8% brônquios e pulmões (1430 casos novos), 16,6% próstata (2409 casos novos) e 8,8% pele, exceto melanoma (1268 casos novos). Entre as mulheres, os mais comuns foram: 13,2% mama (1917 casos novos), 8,5% pele, exceto melanoma (1241 casos novos), e 4,7% brônquios e pulmões (684 casos novos).

Sabe-se que a cessação do tabagismo é a principal forma de prevenção do câncer (CA) de pulmão (INCA, 2012). O CA de pulmão apresenta sintomas inespecíficos de forma que o diagnóstico geralmente é tardio, por esta razão a taxa de mortalidade entre os acometidos é de

86% (INCA, 2012). Estima-se que 80% dos casos de CA de pulmão estejam relacionados ao uso do tabaco, enquanto os outros 20% estejam relacionados a exposição ambiental por carcinógenos ocupacionais, como carvão, amianto e radônio, além das infecções pulmonares recorrentes como a tuberculose (INCA, 2012).

3.4 Doenças Respiratórias Crônicas

As Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) incluem doenças das vias aéreas superiores, como a rinite alérgica, e das vias aéreas inferiores, como bronquite crônica, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão pulmonar (BRASIL, 2010b). Dados do VIGITEL (BRASIL, 2009) indicam prevalência de 5,5% de asma entre maiores de 18 anos em Porto Alegre, sendo maior entre as mulheres, com 7,8%, em relação aos homens, com 2,8%. A mesma pesquisa identificou que a asma acometeu 6,1% dos idosos, sendo mais comum entre mulheres com 60 anos ou mais (7,2%) em relação aos homens desta faixa etária (4,4%). Entre idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos, a prevalência de DRC varia de 6,4% (MENDOZA; PENICHE, 2009) que avaliou idosos submetidos a procedimentos de quaisquer especialidades, a 7,8% entre idosos com mais de 70 anos submetidos a cirurgia cardíaca (ROCHA et al., 2012).

As DRC constituem o grupo de doenças crônicas que atingem as vias aéreas, desde o nariz até os pulmões, que demandam tratamento medicamentoso prolongado, cujas consequências são a dificuldade respiratória e a limitação das atividades diárias (BRASIL, 2010b). Os principais fatores de risco para desenvolver as DRC são tabagismo, poluição ambiental, alérgenos, agentes ocupacionais (que são substâncias a que o indivíduo tem exposição devido a sua atividade de trabalho) e doenças como pneumonia, bronquiolite e tuberculose, devido às lesões consequentes a estas patologias (BRASIL, 2010b).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a DRC mais comum entre adultos e idosos, conforme os estudos de Baumgarten e colaboradores (2009) que avaliaram pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e evidenciaram prevalência de DPOC em 12,9% da amostra e de asma em 2,85% dos pacientes. Em seus estudos, Mendoza e Peniche (2009) avaliaram idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos e identificaram que 6,4% tinham DPOC. Trata-se de uma doença caracterizada pela limitação do fluxo aéreo pulmonar que ocorre de forma lenta e progressiva, é evitável e tratável, mas pouco reversível, através do uso de medicamentos ou espontaneamente (COSTA et al., 2009). A limitação ocorre devido a

bronquite crônica obstrutiva e destruição do parênquima pulmonar, que é o enfisema pulmonar (BRASIL, 2010b).

Os sintomas específicos do DPOC são tosse crônica com ou sem expectoração, expectoração principalmente pela manhã, dispneia progressiva (BRASIL, 2010b), sendo que a espirometria é padrão-ouro para diagnóstico desta doença (SCHMIDT et al., 2009). O tratamento tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do idoso, prevenindo a progressão da doença e aliviar os sintomas para permitir a máxima independência deste (BRASIL, 2010b). Deve ser desenvolvida a educação para a saúde de forma a evitar os fatores de risco e incentivar a realização de atividade física leve para reabilitação pulmonar, são utilizados broncodilatadores, que facilitam a expansão pulmonar e, quando necessário, é indicado o uso de oxigenoterapia domiciliar (BRASIL, 2010b).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Gil (p. 41, 2002) define que as pesquisas exploratórias visam “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses” tendo como objetivo principal aperfeiçoar ideias ou descobrir intuições. O corte transversal, segundo Almeida Filho e Rouquayrol apud Leal (2006), “permite produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseados na avaliação individual e possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado”. Aguiar e colaboradores (2011) afirmam que a abordagem quantitativa é um método que utiliza dados numéricos para “realizar projeções para a população representada e é uma modalidade usada quando há instrumentos de medidas utilizáveis e válidos, desejando-se assegurar a objetividade e credibilidade dos dados”, além disso, são utilizadas técnicas estatísticas para interpretação dos dados.

4.2 Campo de pesquisa

O estudo foi realizado na Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este hospital é uma empresa pública de direito privado e foi criado pela lei 5.604, de dois de setembro de 1970, sendo integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui 795 leitos e atende diversas demandas como ambulatórios, internação clínica e cirúrgica, emergência, psiquiatria, obstetrícia, centro de tratamento intensivo, quimioterapia e radioterapia (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, [s.d.a]).

A unidade de bloco cirúrgico é formada por 12 salas, em que são realizadas cirurgias de pequeno, médio e grande porte como cardíacas, vasculares, ginecológicas, ortopédicas, neurológicas e pediátricas. A equipe de enfermagem é constituída por 13 enfermeiros, sendo cada um responsável pela assistência de enfermagem em quatro salas e 88 técnicos de enfermagem, um instrumentador cirúrgico e um circulante, por sala (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, [s.d.b]).

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu indivíduos com idade igual ou maior do que 60 anos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Utilizou-se a amostragem em sequência, pois os procedimentos cirúrgicos foram ordenados conforme a data de realização e ordem alfabética do primeiro nome, sendo selecionados os pacientes que se encaixaram nos critérios de inclusão, até que a amostra estivesse estatisticamente satisfatória. Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: idade de 60 anos ou mais, ter sido submetido a procedimento cirúrgico na unidade de bloco cirúrgico no período de janeiro de 2013. O critério de exclusão foi: prontuários com registros incompletos. Para verificar a prevalência das DCNT nesta população, foi utilizado como estimativa a prevalência deste grupo de doenças na população brasileira, segundo o IBGE (2009), que é de 75,5%, 7% de margem de erro e 95% de confiança. Assim previu-se um tamanho amostral de 146 pacientes.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados em prontuário eletrônico no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA nos meses de abril e maio de 2013. As informações obtidas foram digitadas em um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE).

4.5 Instrumento

Para o desenvolvimento da coleta de dados, optou-se pela utilização de um formulário individual composto exclusivamente por perguntas fechadas (APÊNDICE). Este instrumento foi desenvolvido pelas pesquisadoras a partir das informações que compõem o prontuário eletrônico do HCPA e das doenças crônicas não transmissíveis relatadas como principais pelas publicações do Ministério da Saúde.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica (Excel) e utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, procedeu-se a análise descritiva das variáveis. Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas em tabelas, sendo discutidos com base em referencial teórico inerente ao tema e a problematização do estudo. A prevalência de DCNT foi analisada por meio de investigação de características como sexo, idade, raça, procedência, DCNT, comorbidades e tipo de procedimento.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Visando atender as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, previstas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EENF) e pelo Comitê de Ética e pelo Serviço de Gestão em Pesquisa da Comissão Científica do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA). Esta pesquisa foi aprovada pela COMPESQ/EENF com parecer número 24171 em 28 de janeiro de 2013 (ANEXO A) e pelo GPPG/HCPA, recebendo o número 13-0115, em 05 de abril de 2013 (ANEXO B).

Assegurou-se que todos os dados obtidos durante a coleta foram utilizados somente para fins desta pesquisa e prováveis publicações científicas e eventos científicos posteriores, de acordo com o exposto no Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO C). Os pacientes foram sujeitos ao risco de quebra de confidencialidade, o qual foi minimizado através da substituição dos nomes dos pacientes por números nos registros das pesquisadoras. Os documentos relativos à pesquisa serão arquivados pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e depois, desprezados.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.1 Caracterização da amostra

Na Unidade de Bloco Cirúrgico do HCPA ocorreram 1046 procedimentos cirúrgicos durante o mês de janeiro de 2013, entre estes, 345 (33%) foram em pacientes idosos, sendo selecionados os primeiros 146 que se adequaram ao estudo. A caracterização da amostra está apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo os fatores sociodemográficos. Porto Alegre, 2013.

Fatores sociodemográficos	N=146 N (%)
Sexo	
Masculino	78 (53,4)
Feminino	68 (46,6)
Faixa etária (anos)	
60 a 69	80 (54,8)
70 a 79	58 (39,7)
80 ou mais	8 (5,5)
Raça	
Branco	134 (91,8)
Não-branco	12 (8,2)
Estado civil	
Casado	91 (62,3)
Não-casado	55 (37,7)
Procedência	
Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre	135 (92,5)
Outras mesorregiões do Rio Grande do Sul	11 (7,5)

Neste estudo, verificou-se que a maior parte da amostra é composta pelo sexo masculino, visto que 78 (53,4%) idosos são homens. Este resultado discorda da publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010b), o qual referiu que no ano de 2010 as mulheres compunham 53,6% da proporção da população de Porto Alegre. O IBGE (2011) também ressalta que a expectativa de vida dos brasileiros é maior entre as mulheres (77,7 anos) em relação aos homens (70,6 anos). Esses dois fatores associados caracterizam a feminização da velhice no Brasil, evidenciada pela maior tendência de sobrevivência verificada entre o sexo feminino. Isto pode ser justificado pelo fato de que as mulheres apresentam maior autocuidado, o que é evidenciado pela maior procura pelos serviços de saúde, propiciando o diagnóstico precoce das doenças e o desenvolvimento adequado do tratamento, especialmente no que concerne a prevenção do agravamento (ZAITUNE et al., 2006). O maior número de homens nesta amostra pode estar, portanto, relacionado ao

diagnóstico tardio das DCNT e à maior incidência de complicações que demandam procedimentos cirúrgicos.

Destacou-se que 80 (54,8%) idosos estavam na faixa etária dos 60 aos 69 anos, o que corrobora os dados do IBGE (2010a) ao referir que 55,2% dos idosos brasileiros estão neste grupo etário. Constatamos que 134 (91,8%) idosos são brancos, o que pode estar relacionado a constituição majoritariamente branca (83,2%) da população do Rio Grande do Sul, enquanto os negros representam 5,6% dos gaúchos (OBSERVAPOA, 2011). Além disso, segundo os dados de 2000 da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre [s.d.], a população negra possui menor expectativa de vida, que é de 65 anos, em relação aos brancos, que é de 72 anos.

Com relação ao estado civil, 91 (62,3%) declaravam serem casados. Gomes e colaboradores (2013) identificaram em outras pesquisas que a taxa de mortalidade era maior entre viúvos, separados, divorciados e solteiros em comparação com os idosos casados. Segundo Miranzi e colaboradores (2008) a Organização mundial da Saúde (OMS) destaca que o estado civil influencia na dinâmica familiar e que a família pode ser um fator decisivo para o estímulo do autocuidado. O conhecimento do estado civil é de grande importância para a equipe de Enfermagem com objetivo de identificar a rede de apoio que o paciente possui, inclusive o cuidador principal, para fornecer as orientações para os cuidados domiciliares no pós-operatório.

No que tange a procedência, verificou-se que 92,5% (n=135) da demanda provêm da Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre. Pode-se correlacionar ao contingente populacional residente nesta região totalizar 44,4% da população de todo o Estado, no ano de 2010 (MAMMARELLA, [s.d.]).

Com relação aos procedimentos cirúrgicos, na Tabela 2 verifica-se que a maioria dos idosos submeteu-se a cirurgias para tratamento de neoplasias, incluindo a avaliação e/ou remoção de tumores malignos ou benignos.

Tabela 2. Distribuição da frequência dos tipos de procedimentos cirúrgicos. Porto Alegre, 2013.

Tipo de Procedimento	N=146 N (%)
Tratamento de neoplasias	54 (37)
Cirurgia ortopédica	17 (11,6)
Cirurgia vascular	11 (7,5)
Cirurgia renal, exceto transplante renal	11 (7,5)
Cirurgia cardíaca	11(7,5)
Cirurgia diagnóstica	8 (5,6)
Transplante	3 (2,1)
Outros	31 (21,2)
Total	146 (100)

Dados da cidade de Porto Alegre mostram que, no ano de 2006, foram identificados 6746 casos novos de câncer na cidade, dentre esses 4045 (60%) foram em idosos (SMS PORTO ALEGRE, [s.d.]. Segundo Barichello e colaboradores (2009), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) reforça que a abordagem cirúrgica ainda é a principal forma de tratamento para 60% dos pacientes com neoplasias malignas. Além disso, o instituto reforça que diversos tumores podem ser tratados com cirurgia exclusiva, enquanto, em outros casos, são associadas a quimioterapia e/ou a radioterapia.

Com relação ao câncer de mama, que é a neoplasia mais comum entre as mulheres, Tiezzi (2010) refere que o tratamento primário para esta doença é realizado através de cirurgia, e que, por quase um século este era o único tratamento disponível. O mesmo autor relata que estudos mostram que a abordagem cirúrgica dos tumores de mama reduzem de duas a três vezes o risco de morte e que pesquisas evidenciaram maior sobrevida entre mulheres submetidas a cirurgia, em relação as que não realizaram o procedimento.

6.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Na presente pesquisa, verificou-se que 130 (89%) idosos possuem diagnóstico de pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) (IC 95% [0,828 ; 0,936]). O grupo de DCNT mais prevalente foi o das Doenças Cardiovasculares, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Taxa de prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Porto Alegre, 2013.

DCNT	N = 146 N (%)
Doenças cardiovasculares	95 (65,1)
<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2	32 (21,9)
Neoplasias Malignas	66 (45,2)
Doenças Respiratórias Crônicas	11 (7,5)
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	130 (89)

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Verificamos que a prevalência geral de DCNT nesta amostra foi significativamente maior ($p < 0,001$) em relação a prevalência deste grupo de patologias nos idosos brasileiros, que é de 75,5% (IBGE, 2009a). A análise da ocorrência das DCNT foi dividida em seções, as quais estão apresentadas a seguir:

6.2.1 Doenças Cardiovasculares

Nesta pesquisa, verificou-se que 95 (65,1%) idosos apresentavam Doenças Cardiovasculares (DCV), sendo mais comum a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), constatada em 87 (59,6%) sujeitos. Este resultado se assemelha ao publicado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2009) que investigou várias doenças nas capitais brasileiras, entre elas a HAS, a qual foi referida por 60,8% das pessoas com 65 anos ou mais, no ano de 2008. Mendoza e Peniche (2009) encontraram valores aproximados aos do estudo ao avaliarem 110 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos de quaisquer especialidades, visto que 61,8% desses indivíduos eram hipertensos.

Ao analisar exclusivamente os 22 pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos cardíacos e vasculares, observou-se que a ocorrência de HAS foi maior, pois 16 (72,7%) possuíam esta morbidade. Identificou-se que outros pesquisadores publicaram resultados equivalentes, porém superiores ao obtido na presente investigação, ao estimar a HAS entre adultos e idosos submetidos à cirurgias cardíacas ou vasculares. Vegni e colaboradores (2008), avaliaram 159 pacientes adultos e idosos submetidos a revascularização miocárdica que não apresentaram complicações no pós-operatório e que 80,5% tinham diagnóstico de HAS. Pivatto Júnior e colaboradores (2011) Octagenários avaliaram 142 idosos submetidos à revascularização do miocárdio e verificaram que 73,2% deles eram hipertensos. Assim como Tagliari e colaboradores (2012) que identificaram prevalência de 68,7% de HAS entre a amostra composta por 230 idosos com idade a partir de 75 anos submetidos a cirurgia por estenose aórtica com diagnóstico de HAS. A alta prevalência da doença entre os idosos submetidos a procedimentos cardiovasculares pode ser explicada pois a HAS além de ser uma DCV é também um fator de risco cardiovascular, juntamente com o sedentarismo, obesidade central, tabagismo e alcoolismo (PEREIRA et al., 2009).

A taxa de prevalência das DCV está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Taxa de prevalência de Doenças Cardiovasculares segundo as categorias das variáveis sociais. Porto Alegre, 2013.

Variáveis sociais	Portadores de DCV segundo as categorias das variáveis (N)	Total de indivíduos da amostra segundo cada categoria (N)	Taxa de prevalência da doença conforme a categoria (%)
Sexo			
Masculino	50	78	64,1
Feminino	45	68	66,2
Total	95	146	65,1
Idade			
≤ 69 anos	47	80	58,7
70 a 79 anos	42	58	72,4
≥ 80 anos	6	8	75
Raça			
Branco	86	134	64,2
Não-brancos	9	12	75

Ao analisar esta tabela, verifica-se que as DCV atingem ligeiramente mais o sexo feminino, o que corrobora a afirmação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010) ao estabelecer que a HAS afeta mais as mulheres, a partir da quinta década da vida. Pierin e Mion apud Carlos e colaboradores (2008) refere que o aumento do risco cardiovascular percebido nesta faixa etária ocorre devido a redução da produção de estrógeno, decorrente da menopausa, por trata-se de um hormônio com efeito cardioprotetor. Armendaris e Monteiro (2012) identificaram amostra constituída majoritariamente pelo sexo feminino (64%) ao investigarem idosos submetidos à cirurgia cardíaca. Pivatto Júnior e colaboradores (2011), constataram que 56,3% dos octagenários submetidos à revascularização do miocárdio eram homens, o que contesta as pesquisas dos autores anteriormente citados. A SBC ressalta que o fato de as DCV afetarem mais as mulheres pode estar relacionado à mortalidade precoce verificada entre os homens acometidos por este grupo de doenças (Armendaris; Monteiro, 2012).

No que concerne a idade, a maior prevalência de DCV foi observada entre os pacientes com mais de 80 anos, visto que seis (75%) deles tinham alguma patologia cardiovascular. Esses dados corroboram os estudos de Alves Júnior e colaboradores (2008) que, ao avaliarem 783 idosos submetidos à revascularização do miocárdio e/ou operações valvares, encontraram maior prevalência de DCV entre septuagenários ou mais longevos. Farias e colaboradores (2009), ao estudarem dados de óbitos ocorridos durante seis anos no Estado de São Paulo, identificaram maior coeficiente de mortalidade cardiovascular entre a população com mais de 70 anos em relação às outras faixas etárias.

Com relação à raça, observou-se que as DCV afetaram mais as pessoas classificadas como não-brancas, pois 9 (75%) tem alguma doença deste grupo. A SBC afirma que a HAS,

por exemplo, é duas vezes mais comum entre os indivíduos não-brancos (2010). Concluiu-se que este resultado pode estar sendo influenciado pelo reduzido número de sujeitos não-brancos que compõem a amostra.

Entre as comorbidades dos portadores de DCV, destaca-se a *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) a qual foi verificada em 27 (28,4%) pacientes. Pivatto Júnior et al. (2011) ao avaliar 142 octagenários submetidos à revascularização do miocárdio, mensurou que 26,8% eram diabéticos. Assim como, Kroll e colaboradores (2011) que investigou 806 idosos com 70 a 79 anos submetidos à intervenção coronária percutânea cuja amostra era constituída por 30,1% de indivíduos tinham DM2. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2009) as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares são as principais causas de óbito de portadores de diabetes. A SBD afirma também que estudos brasileiros sugerem que a glicemia seja uma variável para o risco cardiovascular.

Com relação aos procedimentos, destaca-se que 22 pacientes foram submetidos a cirurgias cardíacas ou vasculares (23,4%). Segundo Laizo e colaboradores (2010) procedimentos cirúrgicos cardíacos são considerados de grande porte e apresentam grande incidência de complicações no pós-operatório. O mesmo autor ressalta que as doenças sistêmicas, como a diabetes, podem determinar o aumento do tempo necessário de uso de ventilação mecânica e de permanência na UTI. Seidel e colaboradores (2008) ao investigarem 116 pacientes que realizaram cirurgia vascular de amputação ou debridamento de membros inferiores, com média de idade da amostra de 63,4 anos, verificaram que 92,8% eram de etiologia vascular e 7,2%, traumática, e que 66% dos pacientes tinham HAS como comorbidade.

6.2.2 *Diabetes Mellitus* tipo 2

Neste estudo, verificou-se que 32 (21,9%) idosos eram portadores de *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2) (Tabela 3). Este resultado que se assemelha ao obtido por VIGITEL (BRASIL, 2012) que identificou a patologia entre 21,6% das pessoas com 65 anos ou mais, nas capitais brasileiras, no ano de 2011. A presente pesquisa também corrobora este inquérito no que se refere a afirmação de que a doença é quatro vezes mais comum entre idosos, em relação a prevalência observada entre a totalidade da população do país, que é de 5,6%.

Quanto a ocorrência do diabetes entre idosos que realizaram procedimentos cirúrgicos, observou-se que os pesquisadores apresentaram valores semelhantes entre si, porém ligeiramente superiores a este estudo. Mendoza e Peniche (2009), por exemplo, avaliaram 110 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos de quaisquer especialidades e verificaram que 25,5% dos pacientes eram portadores de diabetes. Machado e colaboradores (2012) ao investigarem 50 idosos submetidos a cirurgia ortopédica por fratura observaram que 28% deles eram diabéticos. Pivatto Júnior e colaboradores (2011) verificaram um valor intermediário a estes dois estudos ao avaliarem 142 octagenários submetidos à revascularização do miocárdio, verificaram que 26,8% deles eram diabéticos.

A taxa de prevalência de *Diabetes Mellitus* tipo 2 consta na Tabela 5.

Tabela 5. Taxa de prevalência de *Diabetes Mellitus* tipo 2 segundo as categorias das variáveis sociais. Porto Alegre, 2013.

Variáveis sociais	Portadores de DM 2 segundo as categorias das variáveis (N)	Total de indivíduos da amostra segundo cada categoria (N)	Taxa de prevalência da doença conforme a categoria (%)
Sexo			
Masculino	18	78	23,1
Feminino	14	68	20,6
Total	32	146	21,9
Idade			
≤ 69 anos	18	80	22,5
70 a 79 anos	13	58	22,4
≥ 80 anos	1	8	12,5
Raça			
Branços	29	134	21,6
Não-brancos	3	12	25

Recentes investigações têm estimado que a DM2 ocorra de forma similar entre idosos de ambos os sexos, sendo discretamente superior entre as mulheres. Na amostra desta pesquisa, no entanto, evidenciou-se que a patologia afetou 18 (23,1%) homens e 14 (20,6%) mulheres. Francisco e colaboradores (2010) entrevistaram 1949 pessoas com 60 anos ou mais em domicílio e constataram que 14,9% dos homens e 15,8% das mulheres possuíam DM2. Mendoza e Peniche (2009) avaliaram 110 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos em que 11,8% dos homens e 13,6% das mulheres eram portadores. Dados mundiais revelam que 30% a 60% dos diabéticos não têm conhecimento do diagnóstico (BRASIL, 2012). O maior autocuidado identificado entre as mulheres acarreta na melhor percepção quanto às condições de saúde o que pode estar relacionado à possibilidade de diagnóstico precoce de DM2 e ao tratamento desta e de outras morbidades associadas (COUTO et al., 2010).

Neste estudo, constatou-se que a doença acomete parcelas maiores das faixas etárias mais jovens, dado que 18 (22,5%) tinham entre 60 a 69 anos e 13 (22,4%), entre 70 a 79 anos, enquanto apenas um (12,5%) tinha 80 anos ou mais. Valores inferiores entre os pacientes mais velhos foram identificados também por outros autores. Fidelis e colaboradores (2009) examinaram 524 pacientes com 60 anos ou mais atendidos por um Programa de Saúde da Família em uma cidade de Minas Gerais e detectaram maior ocorrência da patologia entre os indivíduos com idade entre 60 a 69 anos (32,6%) e 70 a 79 anos (32%), e menor entre os maiores de 80 anos (19,7%). A investigação de Francisco e colaboradores (2010), anteriormente citada, evidenciou que o diabetes foi diagnosticado mais comumente entre os idosos das faixas etárias mais jovens, com resultados de 15,7% e 15,1%, respectivamente, enquanto entre os maiores de 80 anos, 14,7% tinha a doença. O fato de a DM2 ocorrer menos entre as pessoas com 80 anos ou mais pode estar relacionado à sobrevivência, pois os indivíduos mais vulneráveis às complicações do diabetes podem ter maior probabilidade de morrer prematuramente (FRANCISCO et al., 2010). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009) a taxa de mortalidade entre os diabéticos é 400 vezes maior a partir dos 60 anos, em relação à faixa etária até 29 anos.

Esta pesquisa mostrou que o diabetes afetou de forma semelhante os indivíduos no que se refere às raças, sendo 29 (21,6%) brancos em relação aos três (25%) não-brancos. Bosi e colaboradores (2009), ao entrevistarem 96 idosos em uma cidade do Estado de São Paulo, também perceberam que a patologia atingiu de forma similar brancos (16,7%) e não-brancos (16%). A SBD não destaca nenhuma raça que apresente mais comumente a doença (2009).

A morbidade mais comum entre os diabéticos foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), detectada em 26 (81,2%) idosos. Achados equivalentes foram publicados por Ferreira e Ferreira (2009) que, ao estudar 7938 pessoas cadastradas no sistema HiperDia de Cuiabá, observaram que os 80,9% dos pacientes com DM2 tinham HAS. Tavares e colaboradores (2009), ao avaliar 141 diabéticos submetidos à amputação relacionada a esta morbidade, verificaram que 74% da amostra tinha HAS. A SBD (2009) ressalta que a HAS é uma comorbidade comum do diabetes e que estes pacientes possuem alto risco cardiovascular. Além disso, enfatiza que o tratamento da hipertensão nestes casos é importante para prevenir lesões macrovasculares e microvasculares, como a doença cerebrovascular e retinopatia diabética, respectivamente.

Quanto à realização de cirurgias, cinco (15,6%) diabéticos desta pesquisa foram submetidos a procedimentos cardíacos. Grossman e Weiss (2006) referem que a hiperglicemia (que caracteriza a pré-diabetes) e a diabetes predisõem a complicações cardiovasculares, e

que este risco aumenta mesmo antes do diagnóstico clínico da doença. Os mesmos autores referem que as doenças cardiovasculares são a principal causa de redução da expectativa de vida entre diabéticos, sendo que a doença arterial coronariana (DAC) é duas a quatro vezes mais comum nestes indivíduos. Sabe-se ainda, que a DAC se desenvolve de forma mais extensa, mais avançada e com prognóstico menos favorável entre pacientes com DM2 em relação aos não portadores (Abaci e Kahraman apud Grossman e Weiss, 2006).

6.2.3 Neoplasias Malignas

Neste estudo, observou-se que 66 (45,2%) sujeitos possuem diagnóstico de Neoplasia Maligna (NM) (Tabela 3). Não foram encontradas pesquisas brasileiras que avaliem idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos e determinem a proporção dos que realizaram tratamento para o câncer. É importante ressaltar que, segundo o Registro de Câncer de Base Populacional de Porto Alegre (RCBP-POA, 2013), no ano de 2006, 60% dos casos novos de câncer na cidade de Porto Alegre foram identificados entre a população com 60 anos ou mais, totalizando 4045 pessoas. Delgado (2008) relata que o tratamento do câncer disponibilizado aos idosos muitas vezes é inadequado devido ao reduzido conhecimento disponível no que concerne a atenção oncológica para esta faixa etária. A alta prevalência de pessoas acometidas por NM verificada nesta amostra pode ser explicada devido à realização de cirurgias ser necessária tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de vários tipos de tumores. Verificou-se que 50 (75,7%) idosos portadores de NM realizarem o atual procedimento para avaliação ou remoção de tumor.

A taxa de prevalência de NM está descrita na Tabela 6.

Tabela 6. Taxa de prevalência de Neoplasias Malignas segundo as categorias das variáveis sociais. Porto Alegre, 2013.

Variáveis sociais	Portadores de NM segundo as categorias das variáveis (N)	Total de indivíduos da amostra segundo cada categoria (N)	Taxa de prevalência da doença conforme a categoria (%)
Sexo			
Masculino	36	78	46,1
Feminino	30	68	44,1
Total	66	146	45,2
Idade			
≤ 69 anos	32	80	40
70 a 79 anos	31	58	53,4
≥ 80 anos	3	8	37,5
Raça			
Branco	60	134	44,8
Não-branco	6	12	50

Nesta pesquisa, observou-se que as NM atingiram mais os homens, visto que 36 (54,5%) tinham algum tipo de câncer. A prevalência entre o sexo masculino também foi discretamente maior (46,1%), em relação às mulheres (44,1%) dado que corrobora o relato de Ferreira apud Costa e colaboradores (2009) ao fazer referência ao câncer como mais incidente entre o sexo masculino. Isto pode estar relacionado a maior exposição aos fatores de risco do câncer observada entre os homens como o uso do tabaco e do álcool, além do menor autocuidado e adesão às práticas de saúde, principalmente no que se refere à prevenção (COUTO et al., 2010).

Com relação à faixa etária, 31 (53,4%) portadores de NM tinham entre 70 e 79 anos. Delgado (2008) refere que mais da metade dos casos de NM ocorre entre pessoas com mais de 65 anos. Dados da RCBP-POA (2006) mostram que no ano de 2006 houve 3359 novos casos de câncer entre homens em Porto Alegre, sendo que destes 64,4% foram entre idosos. Entre as mulheres, foram registrados 3387 novos casos, sendo que 55,6% foram entre as idosas. Além disso, identificou-se menor prevalência de NM entre os pacientes com 80 anos ou mais o que corrobora o relato de Mathias e Jorge (2006) os quais referem que o risco de morrer por neoplasias entre as pessoas com 60 anos ou mais cresce com o avançar da idade, o que pode ser explicado pela mortalidade precoce dos portadores de neoplasias malignas que se encontram nesta faixa etária.

Quanto à raça, a prevalência de NM foi semelhante entre os sujeitos classificados como brancos e não-brancos. Não foram encontrados estudos brasileiros que correlacionem a raça com a ocorrência de câncer entre idosos.

Não houve predomínio de nenhuma patologia crônica entre os pacientes com câncer desta amostra. O tipo de NM mais frequente foi o Câncer (CA) de pulmão, verificado em 10 (15,1%) indivíduos, entre eles, seis eram homens e quatro eram mulheres. Estimativas do INCA (2012) mostram que o CA de pulmão representa 12,7% de todos os cânceres no mundo. Segundo Novaes e colaboradores (2008) o tratamento cirúrgico do CA de pulmão é indicado nas situações em que o tumor ainda está localizado apenas no pulmão, cuja chance de cura pode chegar a 67% quando em estágio inicial. Pode ser realizada intervenção cirúrgica também quando há apenas uma metástase, que ocorre geralmente no cérebro ou na glândula adrenal, sendo que, nesta situação, a chance de sobrevivência é reduzida. O mesmo autor relata que a quimioterapia quando empregada após a cirurgia têm mostrado melhores resultados quanto a sobrevida, diferentemente do uso antes do procedimento que tem implicado em maior mortalidade no pós-operatório.

6.2.4 Doenças Respiratórias Crônicas

Nesta pesquisa, verificou-se que 11 (7,5%) idosos apresentavam Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) (Tabela 3). Ao especificar cada uma das patologias identificou-se: sete (4,7%) pacientes com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), dois (1,4%), com bronquite crônica e dois (1,4%), com asma. Estes resultados são inferiores aos encontrados em estudos brasileiros, como o de um inquérito realizado nas capitais brasileiras no ano de 2008, em que 6,1% dos sujeitos com 65 anos ou mais relataram ter asma (VIGITEL) (BRASIL, 2009). Estudos desenvolvidos com adultos e idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos também obtiveram valores superiores ao desta pesquisa, como Mendoza e Peniche (2009) que, ao avaliarem 110 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos constataram que 6,4% possuíam diagnóstico de DPOC. Assim como Rocha e colaboradores (2012) que investigaram a presença de DPOC em 257 septuagenários submetidos à revascularização miocárdica, verificando-a em 7,8% da amostra. Baumgarten e colaboradores (2009) examinaram 70 indivíduos que realizaram cirurgia cardíaca, com média da idade de 56,7 anos, e determinaram que 12,9% possuíam DPOC e 2,85%, asma.

Correlacionamos a prevalência inferior aos outros estudos identificada nesta pesquisa à possibilidade de ausência de diagnóstico prévio das DRC. Queiroz e colaboradores (2012) realizaram testes para diagnóstico de DPOC em 200 pacientes atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma cidade de Goiás, com média de idade de 65 anos, e referiram que uma parcela de 71,4% possuía DPOC sem conhecimento prévio do diagnóstico. Sousa e colaboradores (2011) reforçam que a autorreferência das Doenças Respiratórias Crônicas pode implicar na subestimação dos resultados ao estar sujeita ao esquecimento ou a ausência de diagnóstico prévio.

A taxa de prevalência de DRC identificada na amostra está apresentada na tabela 7.

Tabela 7. Taxa de prevalência de Doenças Respiratórias Crônicas segundo as categorias das variáveis sociais. Porto Alegre, 2013.

Variáveis sociais	Portadores de DRC segundo as categorias das variáveis (N)	Total de indivíduos da amostra segundo cada categoria (N)	Taxa de prevalência da doença conforme a categoria (%)
Sexo			
Masculino	10	78	12,8
Feminino	1	68	0,7
Total	11	146	7,5
Idade			
≤ 69 anos	7	80	8,7
70 a 79 anos	4	58	6,9
Raça			
Branco	11	134	8,2

Nesta amostra, a prevalência das DRC foi superior entre os homens (12,8%) em relação às mulheres (0,7%). Estudos brasileiros têm demonstrado resultados majoritários no sexo feminino, como o VIGITEL (BRASIL, 2009), cujos dados mostraram que a asma atingia com mais frequência as mulheres (7,2%) do que os homens (4,4%), no ano de 2008. Mendoza e Peniche (2009), mencionado anteriormente, determinaram diagnóstico de DPOC entre 4,5% das pessoas do sexo feminino e 1,8%, do sexo masculino. Sousa e colaboradores (2011) entrevistaram 1441 paulistanos, cuja amostra era formada por 64,1% de idosos, e verificaram DPOC entre 4% no sexo feminino e 3,5% no sexo masculino. A maior ocorrência de DRC evidenciada entre os homens nesta investigação pode estar sendo influenciada pelo reduzido número de diagnósticos que compõem a amostra.

Quanto à idade, o presente estudo verificou que as DRC afetaram semelhantemente a amostra, apenas discretamente mais os idosos da faixa etária mais jovem, enquanto as pesquisas brasileiras mostram essa similaridade inversamente, a frequência maior entre os sujeitos mais longevos. Identificou-se, na presente pesquisa, que sete (8,7% dos indivíduos com 60 a 69 anos) tinham alguma DRC, enquanto quatro (6,9% dos pacientes com 70 a 79 anos) apresentaram tal condição. Os resultados publicados pelo VIGITEL (BRASIL, 2009) mostraram que a asma acometia 5,6% das pessoas com idade entre 55 a 64 anos e 6,1% na faixa etária a partir dos 65 anos, nas capitais brasileiras no ano de 2008. Sousa e colaboradores (2011), por sua vez, evidenciaram que 5,3% dos idosos com até 69 anos e 7,1% dos maiores de 70 anos tinham DPOC. A avaliação dos resultados desta variável pode estar sendo afetada pelo pequeno número da amostra.

Nesta investigação, todos os sujeitos com DRC eram da cor branca, ocorrendo em 8,2% dos idosos desta raça. Autores brasileiros tem demonstrado que este grupo de doenças afeta de forma semelhante as raças, porém ligeiramente mais os indivíduos das raças classificadas como não-brancas. Sousa e colaboradores (2011) ao entrevistarem 1441 paulistanos, sendo que entre estes 64,1% tinham 60 anos ou mais, identificaram que a DPOC acometeu mais os pretos e pardos (4,8%) do que os brancos (3,3%). Queiroz e colaboradores (2012) avaliaram 200 pacientes atendidos por uma ESF em Goiás, com média de idade de 65 anos e referiram que entre os que tinham diagnóstico prévio de DPOC, 66,7% eram pardos e 16,7% eram brancos. A predominância de pacientes de raça branca com DRC observado neste estudo pode estar sendo influenciada pelo reduzido número de diagnósticos que compõem a amostra.

Em relação às comorbidades, quatro (36,4%) portadores de DRC tinham patologias cardiovasculares. Cadore e colaboradores (2010) avaliou 2809 pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Porto Alegre, com média de idade de 61,3 anos, cujos resultados mostraram que a DPOC esteve relacionada à ocorrência de arritmias ventriculares deletérias no pós-operatório. Outro estudo (Passowicz-Muszyńska, 2010, apud Sousa e colaboradores, 2011) mostrou que pessoas com DPOC apresentam risco aumentado para doenças cardiovasculares relacionadas à aterosclerose. Isto ocorre, pois esses indivíduos têm pré-disposição genética para doenças inflamatórias sistêmicas, como a aterosclerose e o enfisema pulmonar, que caracteriza a DPOC.

Com relação aos procedimentos cirúrgicos, dois pacientes foram submetidos à remoção de tumor maligno (18,2%), um deles devido a câncer de pulmão. Araújo (2009) relata que o tabagismo está relacionado ao desenvolvimento tanto da DPOC quanto do câncer de pulmão. Este mesmo autor ressalta que a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) verificou em seus estudos associação do uso do tabaco a 79,4% dos casos de DPOC.

7 CONCLUSÃO

A prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos desta amostra foi significativamente maior ($p < 0,001$) entre os pacientes desta amostra em relação à população geral maior de 60 anos. Quando avaliado especificamente cada grupo de DCNT, as prevalências identificadas foram inferiores aos resultados de outras pesquisas com idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Esta diferença foi relacionada ao tipo de análise realizada neste estudo, de acordo com o grupo de patologias, enquanto os outros pesquisadores avaliaram, predominantemente as doenças de forma isolada. Ao proceder avaliação de porções específicas da amostra, como idosos submetidos a cirurgia cardíaca ou vascular, por exemplo, os resultados se assemelharam mais às publicações. Uma limitação deste estudo foi a ausência da análise dos demais fatores de risco para as DCNT como a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo.

As Doenças Cardiovasculares representaram o grupo de patologias mais prevalente entre os idosos, afetando 65,1% da amostra, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a doença mais comum. Esses resultados foram semelhantes aos verificados entre a população idosa em geral, porém inferiores quando comparado com apenas com os submetidos a procedimentos cirúrgicos. Quando a avaliação da amostra foi restrita somente aos procedimentos cardíacos e vasculares a HAS apresentou maior ocorrência, verificada entre 72,7% dos idosos. Ainda assim, foi inferior ao estimado por outros pesquisadores ao avaliarem os mesmos tipos de procedimentos. A comorbidade mais comum foi a *Diabetes mellitus* tipo 2, cuja prevalência foi semelhante a verificada em outros estudos.

Com relação ao *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2), a doença foi verificada em 21,9% da amostra. Este resultado foi semelhante aos obtidos a partir da avaliação de idosos nos domicílios, sendo menor, quando comparado aos apresentados por outros pesquisadores ao avaliar idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos. A comorbidade mais comum foi a hipertensão arterial, cuja associação aumenta o risco cardiovascular. Destacou-se a realização de cirurgia cardíaca entre os diabéticos.

Identificou-se que quase a metade da amostra (45,2%) apresentava alguma neoplasia maligna. A análise da prevalência de neoplasias malignas foi prejudicada visto que há poucas publicações brasileiras que abordem a realização de cirurgia para tratamento do câncer entre os idosos. Isto foi afirmado também como uma limitação para os outros pesquisadores. O tipo de NM mais frequente foi o câncer de pulmão, cuja prevalência corrobora as estimativas do INCA.

O grupo menos comum de patologias observado nesta amostra foi o de Doenças Respiratórias Crônicas, cuja prevalência foi de 7,5%. Este resultado foi inferior a todas as pesquisas que avaliaram DRC entre idosos e adultos. O número reduzido de diagnósticos que compuseram a amostra prejudicaram a análise visto que os resultados obtidos foram discrepantes em relação as pesquisas brasileiras. Destacou-se a ocorrência de Doenças Cardiovasculares em 36,4% dos portadores deste grupo de patologias, correlação que foi evidenciada também por outros autores.

Esses achados reforçam a importância de os enfermeiros conhecerem o padrão de ocorrência e as consequências dessas patologias neste grupo etário. É fundamental que os enfermeiros atuem na prevenção, tratamento e acompanhamento do agravamento dos idosos acometidos por estas doenças, de forma a reduzir a morbidade e a mortalidade. É imprescindível o desenvolvimento de estudos adicionais para confirmar essa pesquisa e os trabalhos mencionados nesta para esclarecer a ocorrência das DCNT entre os idosos.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 833-840, 2004.
- AGUIAR, M. I. F. et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 96, n. 1, p. 60-67, 2011.
- ALVES JÚNIOR, L. et al. Fatores de risco em septuagenários ou mais idosos submetidos à revascularização do miocárdio e ou operações valvares. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 4, p. 550-555, 2008.
- ARAÚJO A.J. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. **Pulmão RJ – Atualizações Temáticas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 20-33, 2009.
- ARMENDARIS M.K., MONTEIRO P.S. Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 122-128, 2012.
- ASSIS, C.M.R.B. et al. Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios. **Geriatria & Gerontologia**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 106-111, 2011.
- BARICHELLO, E. et al. Qualidade do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, 2009.
- BARRETO, S.M., FIGUEIREDO, R.C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 38-47, 2009.
- BAUMGARTEN, M.C.S. et al. Comportamento da dor e da função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca via esternotomia. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 4, p. 497-505, 2009.
- BORBA, A.K.O.T. et al. PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.1, p. 169-76, 2012.
- BOSI, P.L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 53, n.6, p. 726-732, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica ou primária – Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. [s.d.a] Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/335/?Aten%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica_ou_Primary - [Principal porta de entrada para o Sistema %C3%AAnico de Sa%C3%BAde \(SUS\)](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/335/?Aten%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica_ou_Primary)
Acesso em: 09 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis.** [s.d.b] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1 Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Estatuto do Idoso. **Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm Acesso em: 10 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> Acesso em: 10 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Manual de Preenchimento.** Brasília, 2008a. 1. ed. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_idosa_manual_preenchimento.pdf Acesso em: 10 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. **Série Pactos pela Saúde 2006(a)**, Brasília, v. 8, p. 13, 2008b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf> Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** VIGITEL 2008 – Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. **Série Pactos pela Saúde 2006**, v. 12. Brasília, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Doenças respiratórias crônicas. Brasília, 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** VIGITEL 2011 – Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2012.

CADORE, M.P. et al. Proposição de um escore de risco cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 4, p. 447-456, 2010.

CARLOS, P.R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 176-181, 2008.

COSTA, M.F.F.L. et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 18-26, 2009.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.14, n.33, p.257-70, 2010.

DELGADO, G.L. Tratar ou não tratar os idosos portadores de câncer? **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 10, n. 3, p. 25 -27, 2008.

ELIOPOULOS, C. et al. Enfermagem Gerontológica. 5. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2005. 355 p.

FARIAS, N. et al. Mortalidade Cardiovascular por Sexo e Faixa Etária em São Paulo, Brasil: 1996 a 1998 e 2003 a 2005. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p. 498-505, 2009.

FERREIRA, C.L.R.A., FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v.53, n.1, p. 80-86, 2009.

FIDELIS, L.C. et al. Prevalência de diabetes melitus no município de Teixeira-MG. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 23-27, 2009.

FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, 2010.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2006. 1573 p.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2002. 176 p.

GOMES, M.M.F. et al. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 566-578, 2013.

GOTTLIEB M.G.V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2011, v. 14, n.2, p. 365-380, 2011.

GROSSMAN, G.B, WEISS, L. Avaliação diagnóstica da cardiopatia isquêmica no *diabetes mellitus*: o papel da cintilografia miocárdica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, Ano XV, n. 8, p. 1-5, 2006.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Institucional. **Histórico**. [s.d.a]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/> Acesso em: 10 out. 2012.

_____. **Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico**. [s.d.b]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/343/538/> Acesso em: 10 out. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. **População residente, por sexo e situação do domicílio, segundo os grupos de idade – Brasil.** 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop_Censo2000.pdf Acesso em: 17 nov. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde.** 02/09/2009. 2009a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1 Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados.** 2009b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf Acesso em: 30 out. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. **Resultados do Universo do Censo 2010.** 2010a. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa. Notícias. **Censo 2010: a população do Brasil é de 190.732.694 pessoas.** 29 de novembro de 2010. 2010b. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1766> Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais. **Tábua completa de mortalidade 2011.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2011/defaulttab_pdf.shtm Acesso em: 17 nov. 2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil - 2010. Dados dos registros de base populacional. **Incidência, segundo localização primária do tumor, por faixa etária entre homens e mulheres.** Porto Alegre, 2000 - 2004. p. 359 a 362. [s.l.]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/docs/PortoAlegre/P359-362.pdf> Acesso em: 10 jan. 2013.

KROLL, R.T.M. et al. Intervenção coronária percutânea em idosos: impacto da faixa etária mais avançada (> 80 anos) no perfil clínico e nos resultados imediatos. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 400-404, 2011.

LAIZO, A. et al. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, p. 166-171, 2010.

LEAL, M.C.C. et al. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 55-61, 2006.

LENARDT, M.H. et al. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 313-320, 2008.

MACHADO, A.M. et al. 2012. Avaliação da qualidade de vida em idosos pós fratura da extremidade proximal do fêmur. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v.37, n. 2, p. 70-75, 2012.

MAMMARELLA, R. O estado do Rio Grande do Sul e sua Região Metropolitana no Censo 2010. Fundação de Economia e Estatística. **Observatório das Metrôpoles. Núcleo Porto Alegre**. Porto Alegre, [s.d.]. Disponível em: http://web.observatoriodasmetrôpoles.net/download/DEMOGRAFIA_RGS_E_RMIPA%202000_2010.pdf Acesso em: 10 maio 2013.

MATHIAS, T.A.F., JORGE, M.H.P.M. Evolução da mortalidade por neoplasias em idosos em município do estado do Paraná, 1979-1998. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 57-64, 2006.

MENDOZA, I.Y.Q; PENICHE, A.C.G. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 104-108, 2009.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MUNARETTI, D.B. et al. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 25-30, 2011.

NOVAES, F.T. et al. Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 34, n. 8, p. 595-600, 2008.

OBSERVAPOA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **IBGE divulga os números de raça/cor de Porto Alegre**. Porto Alegre, 22/12/2011. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?reg=203&p_secao=17 Acesso em: 10 maio 2013.

PEREIRA, J.C. et al. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

PIVATTO JÚNIOR, F. et al. Sobrevida em longo prazo de octogenários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica isolada. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 1, p. 21-26, 2011.

QUEIROZ, M.C.C.A.M. et al. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 692-699, 2012.

ROCHA, A.S.C. et al. A idade influencia os desfechos em pacientes com idade igual ou superior a 70 anos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica isolada. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, p. 45-51, 2012.

SANTOS, N.C.M. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 2. ed. São Paulo: **Iátria**, 2005, 180 p.

SANTOS JÚNIOR, J.C.M. O paciente cirúrgico idoso. **Rev. Bras. Coloproct**, Guaratinguetá, v. 23, n. 4, p. 305-316, 2003.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, on-line, p. 61-74, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Políticas em Saúde. **Saúde da população negra**. [s.d.] Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=689 Acesso em: 12 maio 2013.

_____. **Registro de Câncer de Base Populacional**. 2013. Porto Alegre, Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/447/Registros_de_c%C3%A2ncer Acesso em: 12 maio 2013.

SEIDEL, A.C. et al. Epistemologia sobre amputações e desbridamentos de membros inferiores realizados no Hospital Universitário de Maringá. **J Vasc Bras**, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 308-315, 2008.

SILVA, G.E.; SANTOS, F.H. Efeitos do sedentarismo nas funções cognitivas de idosas com escolaridade intermediária. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 81-87, 2009.

SMELTZER, S.C. et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**. v. 1, 2, 3, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, n. 95, n. 1 supl.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. s.l. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf Acesso em: 10 mar. 2013.

TAGLIARI, A.P. et al. Resultados da cirurgia por estenose aórtica em pacientes acima de 75 anos, em 4,5 anos de seguimento. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 2, p. 267-74, 2012.

TAVARES, D.M.S. et al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 825-30, 2009.

TIEZZI, D.G. A cirurgia no tratamento do câncer da mama – um antigo recurso para um emergente problema de saúde pública. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 571-572, 2010.

VEGNI, R. et al. Complicações após cirurgia de revascularização miocárdica em pacientes idosos. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 226-234, 2008.

VIEIRA-SANTOS, I.C.R. et al. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2861-2870, 2008.

XAVIER, T.T. et al. Avaliação de saúde e da dor no pós-operatório de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n.20, p.232-237, 2011.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 285-294, 2006.

APÊNDICE – Instrumento de Coleta de dados

Data: ___/___/2013 Questionário nº _____ Prontuário: _____

1 Identificação

Nome: _____ Idade: _____ anos Sexo: ___ Feminino ___ Masculino

Etnia: ___ Branco(a) ___ Negro(a) ___ Pardo(a) ___ Amarelo(a) ___ Indígena ___ Mestiço

Estado civil: ___ Casado(a) ___ Viúvo(a) ___ Solteiro(a) ___ Separado(a)/Divorciado(a)

Procedência: Cidade/Estado: _____

2 Morbidades

Doenças crônicas não-transmissíveis		
Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico ou Isquêmico	Diabetes Mellitus II	Outras cardiopatias
Arritmia cardíaca	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Neoplasia benigna
Asma	Enfisema Pulmonar	Neoplasia maligna*
Bronquite crônica	Hipertensão arterial sistêmica	Vasculopatias
Cardiopatía Isquêmica	Insuficiência Cardíaca	

*Neoplasia maligna: _____

*Outras cardiopatias: _____

*Vasculopatias: _____

3 Procedimentos cirúrgicos

Procedimento realizado: _____

	Cardíaca		Nefrologia		Colo-Proctologia
	Cardio-Vascular		Neurologia		Torácica
	Geral		Ortopedia		Urologia
	Ginecologia		Otorrinolaringologia		Vascular
	Mastologia		Plástica		Outra

Observação: _____

ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto pela COMPESQ/EENF

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 19/2012

Pesquisadores: Margarita Ana Rubin Unicovsky e Kamille Kotekewis

Título: 24171 – PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprovou este projeto em seus aspectos metodológicos, em reunião datada de 28/01/2013.

Porto Alegre, 18 de junho de 2013.



Profª Dra. Beatriz Ferreira Waldman
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO B – Parecer de aprovação do projeto pela Comissão Científica do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130115

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MARGARITA ANA RUBIN UNICOVSKY

KAMILLE KOTEKEWIS


Título: PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS
SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 05 de abril de 2013


Prof. José Roberto Godim
Coordenação CEP/HCPA

ANEXO C – Termo de Consentimento para Utilização de Dados

18

ANEXO – Termo de Consentimento para Utilização de Dados



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos	Cadastro no GPPG 13-0115
--	-----------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2013.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Kamille Kotekewis	<i>Kamille Kotekewis</i>
Margarita Ana Rubin Unicovsky	<i>Margarita Ana Rubin Unicovsky</i>