



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL



LUCELI DE CARVALHO

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE ADULTOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL
DO MUNICÍPIO DE MATINHOS - PR**

MATINHOS

2010

LUCELI DE CARVALHO

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE ADULTOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL
DO MUNICÍPIO DE MATINHOS - PR**

Monografia apresentada para obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização: A Questão Social na perspectiva interdisciplinar - 2009 da Universidade Federal do Paraná - UFPR Setor Litoral.

Orientadora: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

MATINHOS

2010



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor Litoral
Curso de Especialização em Questão Social
pela Perspectiva Interdisciplinar



PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora designada pela Orientadora, Professora Mestre **MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU**, realizaram em 06/11/2010 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **LUCELI DE CARVALHO**, sob o título "**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE ADULTOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO MUNICÍPIO DE MATINHOS - PR.**", para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito "**APL**".

Matinhos, 06 de novembro de 2010.

Profª. MSc. Milene Zanon da Silva
Vosgerau

Prof. MSc. Daniel Canavese de Oliveira

Prof. MSc. Suzane de Oliveira

Estudante
Luceli de Carvalho

Conceitos:

APL = Aprendizagem Plena

APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente

OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e proteção. Àqueles que de alguma forma contribuíram com o desenvolvimento deste trabalho.

À minha família e amigos que, com carinho aceitaram minhas ausências.

À Secretária Municipal de Saúde, Renata Cezar do Amaral, e à coordenadora da Unidade de Saúde da Família Central, que permitiram e apoiaram a realização desta pesquisa. Aos adultos cadastrados no Programa Hiperdia, que responderam ao formulário, prontamente.

À oportunidade de participar deste Curso, aos professores da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, em especial, Suzane de Oliveira e Daniel Canavese de Oliveira, que participaram com conteúdos importantes.

Com carinho, à minha orientadora, Milene Zanoni da Silva Vosgerau, que junto idealizou esta pesquisa, participou de todo processo e se mostrou companheira.

**Somos o que fazemos,
mas somos principalmente,
o que fazemos para mudar o que somos.**

(Eduardo Galeano)

RESUMO

Hipertensão arterial e diabetes mellitus são duas condições que coexistem freqüentemente e constituem-se graves problemas de saúde pública de alta morbimortalidade, sendo alta a comorbidade com a depressão. A depressão é entendida como um mau funcionamento cerebral, uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e em conseqüência o pensamento. Este estudo tem como objetivos: Identificar a prevalência de depressão entre adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos, caracterizando-os com relação às variáveis sócio-econômicas e estilo de vida e definir o grau de gravidade da depressão dentre estes. Estudo de delineamento transversal que entrevistou 153 adultos cadastrados no Programa Hiperdia na Unidade de Saúde Central do município de Matinhos/PR. A depressão foi mensurada pelo Inventário de Beck, tendo como resultado, a alta prevalência de 33,4% de adultos com sintomas depressivos, sendo 56,9% com depressão leve, 27,5% depressão moderada e 15,6% com depressão severa, a maioria entre as idades de 50 a 59 anos, do sexo feminino. O estudo sugere a mudança e manutenção do estilo de vida, como estratégia de prevenção e controle da doença, visto o sedentarismo e outros fatores presentes no cotidiano dos diabéticos e hipertensos, e ainda, a necessidade de ofertas de intervenções educativas como, ampliação de cobertura de cuidados aos hipertensos, diabéticos e depressivos.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Depressão; Estilo de Vida, Prevalência

ABSTRACT

Hypertension and diabetes mellitus are two conditions that frequently coexist and constitute serious public health problems of high morbidity and mortality, with high comorbidity with depression. Depression is seen as a malfunctioning brain, a disease of the organism as a whole, which affects the physical, mood and thought as a result. This study aims to: Identify the prevalence of depression among adults with hypertension and diabetes mellitus in the Family Health Unit of the municipality of Central Matinhos, characterizing them with regard to socio-economic and lifestyle and define the degree severity of depression among them. Cross-sectional study that interviewed 153 adults enrolled in the Program Hiperdia at a Health Center in the city of Matinhos / PR. Depression was measured by the Beck Depression Inventory, and as a result, the high prevalence of 33, 4% of adults with depressive symptoms was 56.9% with mild depression, moderate depression 27.5% and 15.6% with severe depression, mostly between the ages of 50 to 59 years, female. The study suggests the maintenance and change of lifestyle as a strategy for prevention and control of disease, whereas a sedentary lifestyle and other factors in the daily lives of diabetics and hypertensives, and also the need for educational interventions and offers expanded coverage of care for hypertension, diabetes and depression.

Key words: Hypertension, Diabetes Mellitus, Depression, Lifestyle, Prevalence

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - ADULTOS CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO MUNICÍPIO DE MATINHOS, SEGUNDO O GÊNERO, 2010.....	29
GRÁFICO 02 - ADULTOS CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO DO MUNICÍPIO DE MATINHOS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, 2010.....	30
GRÁFICO 03 - ESCOLARIDADE DOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO MUNICÍPIO DE MATINHOS, 2010.....	31
GRÁFICO 04 - CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, 2010.....	32
GRÁFICO 05 - DOENÇAS CRÔNICAS DOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, 2010.....	32
GRÁFICO 06 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, COM RELAÇÃO AO TABAGISMO 2010.....	33
GRÁFICO 07 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, COM RELAÇÃO À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO, 2010.....	33

GRÁFICO 08 - CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, ENTRE OS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, 2010.....	34
GRÁFICO 09 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA COM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS, 2010.....	35
GRÁFICO 10 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, COM RELAÇÃO À AUTO-REFERÊNCIA DE DEPRESSÃO, 2010...	35
GRÁFICO 11 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, SEGUNDO BDI, 2010.....	36
GRÁFICO 12 - GRAU DE DEPRESSÃO ENTRE ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, DEFINIDOS PELO INVENTÁRIO BECK, 2010.....	36
GRÁFICO 13 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, DEPRESSIVOS SEGUNDO INVENTÁRIO BECK, CONFORME DOENÇA CRÔNICA, 2010.....	37
GRÁFICO 14 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, MENSURADOS PELO INVENTÁRIO BECK COMO DEPRESSIVOS, CONFORME FAIXA ETÁRIA, 2010.....	38
GRÁFICO 15 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA	

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, MENSURADOS PELO INVENTÁRIO BECK COMO DEPRESSIVOS, CONFORME GÊNERO, 2010.....	38
GRÁFICO 16 - ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, MENSURADOS PELO INVENTÁRIO BECK COMO DEPRESSIVOS, CONFORME ESCOLARIDADE, 2010.....	39
GRÁFICO 17 - PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, EM RELAÇÃO AO ESTADO CIVIL, 2010.....	40
GRÁFICO 18 - PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, EM RELAÇÃO À INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, 2010.....	40
GRÁFICO 19 - PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, EM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS, 2010.....	41
GRÁFICO 20 - PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, QUANTO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, 2010.....	42
GRÁFICO 21- PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, QUANTO AO USO DO TABACO, 2010.....	42

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 - ESCORES DA ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK.....	27
--	----

SUMÁRIO

HISTÓRIA DE VIDA FOCADA	12
INTRODUÇÃO	14
1 O ESTADO DA ARTE	16
1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	16
1.2 DIABETES MELLITUS.....	17
1.3 DEPRESSÃO.....	19
1.4 PRESENÇA DE DEPRESSÃO ENTRE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	20
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MATINHOS.....	25
4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	26
4.3 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	26
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
4.5 COLETA DE DADOS.....	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5 RESULTADOS	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA, PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS E USO DE MEDICAMENTOS.....	29
5.2 DADOS REFERENTES AOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, PORTADORES DE DEPRESSÃO, SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK.....	36
6 DISCUSSÃO	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICES	53

HISTÓRIA DE VIDA FOCADA:

Minha experiência com o tema da monografia da especialização

Inicialmente, diversos assuntos despertaram meu interesse em pesquisar e realizar o trabalho de conclusão do curso de especialização: a questão social na perspectiva interdisciplinar. Incluem-se dentre eles, acessibilidade das pessoas com deficiência, preservação da memória no idoso, intervenção da terapia ocupacional junto ao grupo Hiperdia e depressão em idosos.

Devido possuir uma estreita relação pessoal, quanto profissional com o assunto depressão, decidi por este tema.

Minha relação profissional com o tema depressão inicialmente se deu durante o curso de Terapia Ocupacional, onde realizei estágio no Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro em Curitiba - PR, na unidade de drogaditos, onde muitos dos internos apresentavam sintomatologia depressiva.

Em 1989, como terapeuta ocupacional no Núcleo de Terapia Ocupacional em Curitiba - PR, por sete meses realizei acompanhamento de um adolescente, com quadro de depressão severa, apresentando baixa autoestima, isolamento social, dificuldade de comunicação verbal e de interação com o mundo exterior. Definiu-se um programa de desenvolvimento social e pessoal introduzindo animais de estimação como cão e gato. Estes bichinhos atuavam como facilitadores de atividades e sentimentos e como tratamento ideal para levar alegria e descontração ao paciente. Este método aumentou a autoestima, tornando-o mais calmo e sociável. O adolescente tornou-se o cuidador de um cão e de um gato por apenas seis meses, pois se suicidou após uma discussão com o seu pai, me deixando a responsabilidade pelo cuidado dos animais, por 16 anos.

Atualmente, neste município de Matinhos, lotada na Secretaria de Saúde, atuo na Unidade de Saúde da Família Central. Em atendimento clínico recebo grande número de encaminhamentos pelo setor de psicologia e constatei que aproximadamente 70% dos pacientes apresentam quadros depressivos compostos por isolamento social, autodepreciação, baixa autoestima, prejuízo cognitivo, diminuição da capacidade para atividades físicas e rotineiras, insatisfação com a vida, desesperança.

O tratamento se dá por meio de apoio, orientação e o desenvolvimento de atividades que atendam às necessidades e interesses do usuário, voltadas para o autocuidado, elevação da autoestima, estímulo às atividades de vida diária, estímulo às funções cognitivas, principalmente a capacidade de concentração, memória, criatividade e atenção. Buscar e estimular o interesse por uma nova ocupação, aliviar a tensão e ansiedade através da canalização da agressividade e abstinência ou redução no uso de drogas.

Meu trabalho expande-se para o grupo Hiperdia, tendo sua intervenção voltada para a construção, desenvolvimento e recuperação de habilidades, com enfoque nas áreas de autocuidado, porém encontra dificuldades em convencer os participantes da necessidade de mudar seus hábitos de vida. A participação nas atividades propostas pelo programa, a utilização correta do medicamento precisa ser incentivada, pois os usuários mostram-se desestimulados. E ainda, medicações como anti-hipertensivos, anti-parkinsonianos, benzodiazepínicos, além de corticóides podem causar sintomas depressivos.

Depressão está presente também, na minha vida pessoal. A doença foi diagnosticada por psiquiatras em vários membros da família, inclusive em mim mesma. Minha mãe, além da depressão, é portadora de hipertensão arterial e faz parte do grupo de Hiperdia da Unidade de Saúde da Família Central deste município.

Pelos motivos destacados acima o tema depressão e hipertensão arterial despertam meu interesse pessoal e profissional, decidindo aprofundar conhecimentos sobre os mesmos. Abaixo descrevo o que nesse tempo consegui refletir e construir sobre o objeto de pesquisa selecionado. Ao procurar conhecer e compreender as inter-relações entre depressão e hipertensão arterial, compreendo e conheço melhor sobre quem eu sou e como eu me relaciono com o mundo.

INTRODUÇÃO

“A segunda metade do século XX foi salientada pelo crescimento absoluto de adultos. Mundialmente a expectativa de vida média está avançando regularmente e espera-se que a média de idade no ano de 2020 seja em torno de 73 anos, tanto para homens como mulheres” (ZASLAVSKY e GUS, 2002). “O aumento progressivo na expectativa de vida implica no crescimento de morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, que muitas vezes são incapacitantes e que são determinantes da maior parte dos gastos com a saúde nos países desenvolvidos” (LESSA, et al, 1996). Com relação aos estudos acerca dos fatores de risco, a hipertensão arterial, o tabagismo, glicemia alta, o sedentarismo, excesso de peso e obesidade têm sido alvo das investigações acerca da determinação das doenças crônicas não transmissíveis e são apontados pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) os principais fatores de risco modificáveis para esse grupo de enfermidade.

“Os fatores de risco modificáveis são aqueles que podem ser alterados através de um novo estilo de vida. Também podem ser denominados de «dependentes da vontade», pois são subordinados pela motivação pessoal que, por sua vez, são submetidos a valores/normas pessoais, de atitudes e da percepção de controle (RUTTER, QUINE et al. 2002, apud PINTO, 2008, p. 26).

Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2009), no conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial aumentou de modo uniforme e estatisticamente significativo, alcançando 24,4% em ambos os sexos. Com relação à diabetes houve uma progressão uniforme de 5,8%, semelhante em ambos os sexos (BRASIL, 2009)

De acordo com o Ministério da Saúde, DATASUS (2008), o coeficiente de mortalidade por infarto do miocárdio e diabetes mellitus no Estado do Paraná foi respectivamente de 44,1 e 26,2 por 100.000 habitantes. Já no município de Matinhos, estas taxas são de 62,6 e 54,2 por 100.000 habitantes. Este fato revela que, no caso da diabetes mellitus, a mortalidade foi duas vezes mais alta em Matinhos, quando comparada às informações do Paraná.

O Ministério da Saúde, a fim de acompanhar os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, implantou em 2002 o Hiperdia. O Hiperdia é um sistema

de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Regionalização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O Hiperdia está presente em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. (DATASUS, 2002).

Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. (DATASUS, 2002).

A ênfase tem sido sempre em ações de medicalização em detrimento da preventiva, o paciente raramente é visto integralmente, a prevenção está sempre dissociada da prática clínica. Conseqüentemente, os programas quase nunca são atuantes e nenhuma ênfase é dada a estratégias populacionais sobre os fatores de risco. Em outras palavras, são raros os programas que vêm funcionando e, mesmo assim, irregularmente ou sobre somente parte da demanda. (LESSA, et al, 1996).

Desta forma, esta pesquisa aborda o diabetes mellitus e a hipertensão arterial dentre as diversas doenças crônicas, tendo em vista sua importante morbimortalidade.

1 O ESTADO DA ARTE

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia “a hipertensão arterial é uma doença crônica que apresenta aumento das pressões diastólica e sistólica superiores a 120 mmHg e 80 mmHg, respectivamente. Todavia, os métodos de avaliação tomam em consideração a combinação dos dois valores para determinar se a pessoa sofre de hipertensão. Além disso, a pressão arterial normal é dependente da idade da pessoa”. (JR. SERRANO et al, 2008),

A hipertensão provoca hipertrofia do músculo cardíaco, favorece o desenvolvimento da arteriosclerose e aumenta a probabilidade de formação de coágulos sanguíneos. As situações associadas à hipertensão são a hemorragia cerebral, o enfarte do miocárdio, a hemorragia dos vasos renais e a diminuição da acuidade visual causada por rotura de vasos sanguíneos da retina (PINTO, 2008, p.27).

É considerada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças renais e cardiovasculares fatais e não-fatais, além de mundialmente ser a causa atribuível de morte mais comum. Dados do Ministério da Saúde demonstram que as doenças cardiovasculares continuam a primeira causa de morte no Brasil (BRASIL, 2009).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), as doenças crônicas não transmissíveis são mundialmente a causa de 59% dos óbitos, sendo a hipertensão arterial o principal fator de risco para essas mortes. No Brasil, segundo DATASUS (2003), somente as doenças cardiovasculares causaram no último ano, 27,4% dos óbitos da população brasileira, sendo o acidente vascular cerebral a principal causa de mortes, onde 40% dessas mortes explicadas com a hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é um agravo de natureza multifatorial, porém as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial destacam os fatores socioeconômicos, a idade, sexo e etnia como principais fatores de risco correlacionados com o seu surgimento. Com o avançar da idade há um aumento linear da pressão arterial,

sendo mais prevalente na raça negra, em homens até 50 e em mulheres após os 60 anos. (PORTO, 2005, p.189). Hábitos dietéticos inadequados, incluindo alta ingestão de sal e de álcool, obesidade, baixo índice educacional, estresse psicossocial, sedentarismo e acesso precário aos serviços de saúde estão diretamente relacionados ao maior risco de hipertensão.

Os vasodilatadores, fármacos que dilatam os vasos sanguíneos, os diuréticos que aumentam a produção de urina, bem como, os que diminuem o débito cardíaco, são fármacos usados para tratar a hipertensão arterial. Os vasodilatadores aumentam a perfusão renal e, conseqüentemente, a produção de urina, do mesmo modo que os diuréticos. O aumento da produção de urina reduz o volume sanguíneo, o qual reduz a pressão arterial. Substâncias que diminuem o débito cardíaco, tais como os beta-bloqueantes, diminuem a frequência cardíaca e a força de contração.

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial é basicamente a mudança e manutenção do estilo de vida, entretanto o grande desafio é a adesão plena ao tratamento.

1.2 DIABETES MELLITUS

De acordo com a Associação Protetora de Diabéticos de Portugal (2006, apud Pinto, 2008) o diabetes mellitus é uma doença crônica que afeta a capacidade do corpo para produzir e reagir à insulina, hormônio que libera a entrada de glicose nas células. Os tipos mais comuns de diabetes são do tipo 1 e tipo 2.

O diabetes tipo 1 também conhecido como diabetes insulino dependente, é mais rara e atinge com mais freqüência as crianças e jovens, caracteriza-se pela ausência de secreção insulínica em conseqüência da destruição das células beta do pâncreas, pois existe uma destruição total destas células produtoras de insulina. Evidências sugerem que a doença tem origem auto-imune. (PORTO, 2005, p 188).

No diabetes tipo 2 ou diabetes não insulino dependente, o pâncreas é capaz de produzir insulina, mas o organismo se torna resistente à ação deste hormônio, aliada a uma secreção de insulina insuficiente. As pessoas com predisposição genética associada a maus hábitos de vida, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o estresse, obrigam o pâncreas a trabalhar mais, até que a insulina

que produz deixa de ser suficiente e assim, podem adquirir diabetes tipo 2. (PORTO, 2005)

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes, (2009). Um dos grandes riscos dessa doença é que ela ataca de forma silenciosa, os níveis de açúcar no sangue vão subindo aos poucos, provocando alterações que podem passar despercebidas. Pessoas com níveis altos ou mal controlados de glicose no sangue podem apresentar: sede constante e intensa, sensação de boca seca, fome exagerada, urinar em grande quantidade e muitas vezes, perda de peso (mesmo comendo mais do que o habitual), prurido no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais), visão embaçada, infecções repetidas na pele ou mucosas, difícil cicatrização, fadiga, dores nas pernas,

De acordo com Wild, S. et al, apud Francisco, (2010) “estimativas apontam que, enquanto em 2000 havia 171 milhões de pessoas com diabetes no mundo, em 2030 esse valor atingirá 366 milhões de pessoas com diabetes. O Brasil terá cerca de 11,3 milhões de diabéticos” Nas últimas décadas, tem sido observado um aumento da mortalidade por complicações decorrentes da diabetes, sendo que em 2007 ocorreram 47.432 óbitos. A região Sudeste mostrou as maiores taxas desde 1980, com intenso crescimento da mortalidade em todas as outras regiões. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Segundo a Associação Protetora de Diabéticos de Portugal (2006) apud Pinto, (2008), esta doença aparece em países ocidentais como primeiras causas de morte e doença cardiovascular, primeira causa de cegueira, de amputações não traumáticas e de hemodiálise.

Segundo Lessa (2004, p.932), a maioria dos fatores de risco para a hipertensão são os mesmos para o diabetes.

A demora em diagnosticar a hipertensão e o diabetes e a não realização do tratamento adequado, acabam evoluindo para quadros clínicos mais graves, como infarto agudo do miocárdio, derrames cerebrais e problemas renais, que geram aumento da demanda nos serviços de saúde inclusive as hospitalizações.

“A possibilidade de comorbidade das duas doenças é da ordem de 50%. [...] Tais patologias apresentam os mesmos fatores de risco: obesidade, dislipidemia e sedentarismo; tratamento não medicamentoso – propostas de mudança no estilo de vida; cronicidade – doenças incuráveis, geralmente assintomáticas; de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudanças importantes no estilo de vida”. (GACK GHELMAN, 2009)

1.3 DEPRESSÃO

Todo ser humano normalmente experimenta uma larga variedade de sentimentos de tristeza, frustração, desânimo e expressões afetivas.

“Em algumas pessoas as respostas afetivas podem assumir um caráter inadequado, patológico, seja em relação à intensidade, duração ou circunstâncias desencadeadoras, caracterizando a ocorrência de um transtorno de humor ou afetivo. O mais comum destes transtornos é a depressão” (GUIMARÃES et al, apud BAHLS, 2000).

O termo depressão é utilizado em várias situações: o uso leigo, onde a pessoa se torna triste e desanimada, e que não representa necessariamente patologia. O uso do termo representa o sintoma que indica humor rebaixado, deprimido, podendo ser encontrado em inúmeras patologias, e o uso para definir uma síndrome que reúne um conjunto de sinais e sintomas relacionados principalmente aos denominados transtornos de humor.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “A depressão é um transtorno mental comum que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, baixa energia e baixa concentração”. Estes problemas podem tornar-se crônicos ou recorrentes, e levar a um prejuízo substancial na capacidade de um indivíduo para cuidar de suas responsabilidades cotidianas. No pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio, uma trágica fatalidade associada com a perda de cerca de 850 000 vidas por ano no mundo (WHO, 2010)

A depressão é uma síndrome psiquiátrica, altamente prevalente na população em geral; estima-se que acometa 3% a 5% desta. Já em populações clínicas é ainda maior, uma vez que a depressão é encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% de internados (KATON, 2003 apud TENG, 2005).

Até o ano 2020, a depressão é estimada a alcançar o segundo lugar das doenças mais impactantes, para todas as idades e ambos os sexos. Atualmente ela se encontra em segundo lugar na faixa etária de 15 a 44 anos para ambos os sexos. (WHO, 2010)

A depressão é socialmente tão debilitante quanto às doenças coronarianas e mais debilitante ainda, do que o diabetes mellitus ou a artrite. Também está associada à alta mortalidade, sendo que, 15% dos pacientes gravemente deprimidos

se suicidam A depressão maior é duas vezes mais comum em mulheres (DSM-IV, 1994 apud BAHLS, 2000).

Os dois principais sistemas de classificação em psiquiatria atuais são a CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial da Saúde (1992) e o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) da Associação Americana de Psiquiatria (1994). Ambos dividem os transtornos de humor em dois grandes grupos: os transtornos depressivos e os transtornos bipolares.

O sistema diagnóstico mais utilizado é o DSM-IV, onde divide os transtornos depressivos em depressão maior e distímia. O transtorno depressivo maior caracteriza-se por, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro dos seguintes sintomas adicionais de depressão: perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão e pensamentos de morte recorrente. O transtorno distímico caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem aos critérios para um episódio depressivo maior (BAHLS, 2004)

São muitas as causas da depressão, de maneira que somadas podem iniciar a doença, devido questões constitucionais da pessoa, com fatores genéticos e neuroquímicos, somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos.

1.4 PRESENÇA DE DEPRESSÃO ENTRE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

A comorbidade entre doenças físicas e mentais é de grande interesse, sendo geralmente aceito que a presença de uma patologia orgânica aumenta o risco de transtornos psiquiátricos. Comorbidade é quando duas condições ocorrem simultaneamente com uma frequência maior do que seria esperada pelo acaso. É importante conhecer a comorbidade entre depressão e essas doenças crônicas, devido os sintomas serem comuns a ambas, dificultando o diagnóstico (TENG et al, 2005).

Segundo Jonas e Lando (2000) a hipertensão arterial sistêmica está relacionada com o aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos. Tal associação pode ser vista de modo bidirecional: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas exacerbando sintomas depressivos (DUARTE, 2007).

“A síndrome depressiva é companheira freqüente de quase todas patologias, quando presente leva a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida e maior morbimortalidade como um todo” (TENG et al, 2005).

É difícil diagnosticar a depressão quando uma pessoa tem uma doença clínica, tendo em vista os sintomas parecidos. Os sintomas somáticos podem decorrer da doença crônica. O diagnóstico e o tratamento desses transtornos são fundamentais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

2. JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis representam, especificamente a partir da segunda metade do século passado, uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento onde parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade entre classes sociais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

O crescimento previsto é de tal ordem que, no ano 2020, estima-se que 80% das mortes por doenças crônicas não transmissíveis ocorrerão nesses países motivadas pelas grandes mudanças no estilo de vida decorrentes dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico, crescente globalização no mercado de alimentos e, ainda, de alterações demográficas com conseqüente envelhecimento populacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

O impacto das doenças cardiovasculares será maior nos países em desenvolvimento, como o Brasil, pois contribuem mais sobre o seu ônus, em relação aos países desenvolvidos. Há previsão de que nos países em desenvolvimento o risco de morte deve aumentar 20% até 2020, naqueles em desenvolvimento deverá dobrar. Pior ainda, segundo dados da Universidade de Colúmbia e do Banco Mundial, se forem mantidas as atuais proporções o Brasil terá as maiores taxas de novos eventos do mundo nas próximas décadas (POLANCZYK; HAMBRECH, 2005 *apud* CORREIA, 2010).

Dados mais atuais, de uma campanha nacional, para detecção de casos suspeitos de diabetes, realizada entre os meses de março e abril de 2001, em todas as regiões do país, identificam 2,9 milhões de suspeitos (14,66%), sendo aproximadamente um milhão dentre eles, de hipertensos e portadores de diabetes (BRASIL, 2001). Os resultados desses inquéritos mostram, de forma geral, que os comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis estão associados positivamente aos indivíduos de menor escolaridade, fato que no Brasil, é uma variável diretamente associada à pobreza.

Um aspecto relevante para o controle das doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, é que estas patologias normalmente estão associadas a outras. Uma destas enfermidades é a depressão.

Segundo Amaral et al, (2007), o transtorno depressivo maior é considerado uma das mais prevalentes e graves doenças entre todas as enfermidades médicas, devido se apresentar com episódios de longa duração, cronicidade e recorrência.

A depressão eleva a probabilidade de desenvolver prejuízo funcional, pois pode provocar fadiga constante, mesmo com o mínimo de esforço, assim diminuindo a capacidade física para atividades rotineiras.

Doenças clínicas e depressão são experiências comuns na vida de muitas pessoas, uma relação complexa de difícil interpretação. Quando coexistem, a depressão além de mera coincidência pode ser uma complicação de uma doença clínica ou de seu tratamento ou mesmo a causa dela.

Os médicos não psiquiatras, geralmente deixam de reconhecer a depressão ou tem dificuldades em diagnosticá-la. Conforme Hirschfeld et al, (2003) *apud* Teng et al, (2005),

“A depressão ainda é subdiagnosticada e quando corretamente diagnosticada é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente”

Poucos estudos com base populacional estimaram a prevalência de depressão no Brasil e todos foram conduzidos em área metropolitana. Conforme Vorcard (2000), entretanto, grande parte da população brasileira vive em cidades que não existem serviços psiquiátricos.

No município de Matinhos não se tem dados referentes à prevalência de depressão entre os hipertensos e diabéticos e sabendo-se da alta prevalência da depressão entre as doenças crônicas não transmissíveis, verificada numa breve revisão de literatura justifica-se o presente estudo, apoiando a organização da atenção à saúde mental neste município.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a prevalência de depressão entre adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com relação às variáveis sócio-econômicas e estilo de vida.

- Definir o grau de gravidade da depressão dentre os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus da Unidade de Saúde na Família Central do município de Matinhos.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MATINHOS

O município de Matinhos, cidade litorânea do Estado do Paraná, conta com 24.178 habitantes, e com uma taxa de crescimento anual de 6,60%, conforme dados do IBGE (2000). Com uma situação atípica de temporada de verão recebendo em torno de 500.000 mil pessoas, entre turistas, veranistas e visitantes, por mês (Dezembro; Janeiro; Fevereiro) e nas férias de Julho com mais de 150.000 visitantes. Possui uma taxa de alfabetização de 94,20% da população de adulto e uma taxa bruta de frequência escolar de 79,69%.

Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, Matinhos possui um Índice de Desenvolvimento humano - IDH municipal de 0,79, com Índice de Educação (IDHM-E): 0,89, Índice de Longevidade (IDHM-L): 0,77 e Índice de Renda (IDHM-R): 0,72, se encontrando na 31ª colocação em ordem decrescente no Estado do Paraná, dados retirados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil – PNUD / IPEA / FJP.

De acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes), Matinhos foi a cidade do Litoral do Paraná que teve a maior redução no número de empregos, no período de setembro de 2008 a junho de 2009, com diminuição entre 5,1% e 9,8% dos empregos.

As principais atividades econômicas, que a população se ocupa são comércio, construção civil, atividades imobiliárias, pesca artesanal, administração pública e serviços domésticos. O grau de urbanização é de 99,24%. Com uma rede de abastecimento de água cobrindo 90%, esgotamento sanitário em torno de 30% e coleta de lixo com mais de 95%.

Com relação aos indicadores de saúde, a maior causa de morbidade refere-se ao aparelho respiratório e as principais causas de mortalidade estão relacionadas com problemas cardiovasculares e causas externas, como acidentes de trânsito.

A rede de serviços de Saúde na atenção básica, conta com 06 (seis) Unidades de Saúde da Família. A Unidade de Saúde da Família Central, com cobertura populacional de mais de 3.218 pessoas cadastradas, atende também as

demandas de pessoas que estão de passagem pela cidade (AMARAL et al, 2010). O Programa HIPERDIA prevê o acompanhamento desses pacientes através de consultas médicas, além da distribuição de medicamentos, o que ajuda a definir o comportamento do paciente, restringindo o tratamento ao uso do medicamento.

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa epidemiológica de delineamento transversal, também conhecida por estudo de prevalência. “Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde” (BASTOS; DUQUIA, 2007, p. 231)

“Esta pesquisa é recomendada quando se deseja estimar a frequência com que determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo.” (BASTOS; DUQUIA, 2007, p. 230). Refere-se a uma população em um único ponto no tempo e proporcionam diagnóstico rápido, não existindo intervenção do pesquisador.

4.3 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa envolve os usuários cadastrados e acompanhados regularmente pelo Programa HIPERDIA (diabéticos e hipertensos) da Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão da pesquisa são:

- ✓ ser portador de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus
- ✓ estar cadastrado no programa HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Central de Matinhos

- ✓ participar regularmente das reuniões mensais no mês da coleta de dados da reunião do HIPERDIA

4.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi aplicado um formulário cujas questões são referentes ao perfil sócio-econômico, situação de saúde, estilo de vida e depressão

A depressão será aferida pelo Beck Depression Inventory (BDI) ou escala de depressão de Beck. O BDI é a escala mais amplamente usada tanto em pesquisas como em clínica, tendo sido traduzida para vários idiomas e validada em diferentes países (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). Além disso, é comumente utilizada para avaliar depressão em pacientes com doenças crônicas (CAMARGO; MOSER; BASTOS, 2009).

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. O diagnóstico é dado de acordo com o somatório das pontuações de cada questão (quadro 1).

QUADRO 1. ESCORES DA ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

Pessoa sem depressão clínica	0 – 12
Sintomas depressivos leves	13 – 20
Depressão moderada	21 – 30
Depressão severa	31 ou mais

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística dos dados se baseou na epidemiologia descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFPR (CAAE: 3680.0.000.091-10) e encontra-se em anexo, junto com o termo de consentimento livre e esclarecido.

5 RESULTADOS

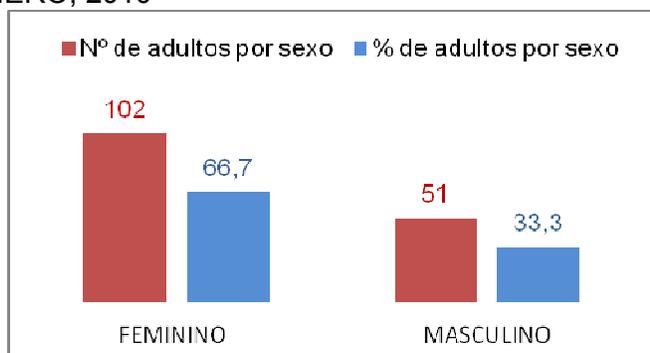
Foram entrevistados 153 portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus cadastrados no Programa Hiperdia da Unidade de Saúde da Família Centro do município de Matinhos, em dezembro de 2010. Houve 9% de perdas e não teve nenhuma recusa para a realização da pesquisa.

A pesquisa se deu no Centro de Saúde da Família Centro, nos dias em que acontece a distribuição dos medicamentos aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. A coleta dos dados se deu também, através de visitas domiciliares ou por contato telefônico.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA, PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS E USO DE MEDICAMENTOS

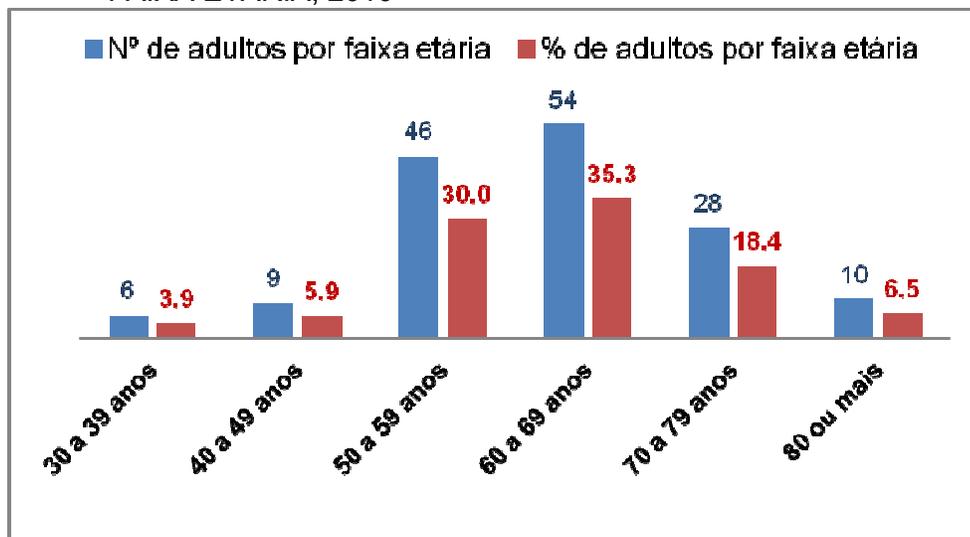
Dentre os 153 adultos cadastrados em dezembro/2010, a maioria, ou seja, 66,7% são do sexo feminino (Gráfico 1). A hipertensão é mais freqüente em mulheres.

GRÁFICO 1 - ADULTOS CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO MUNICÍPIO DE MATINHOS, SEGUNDO O GÊNERO, 2010



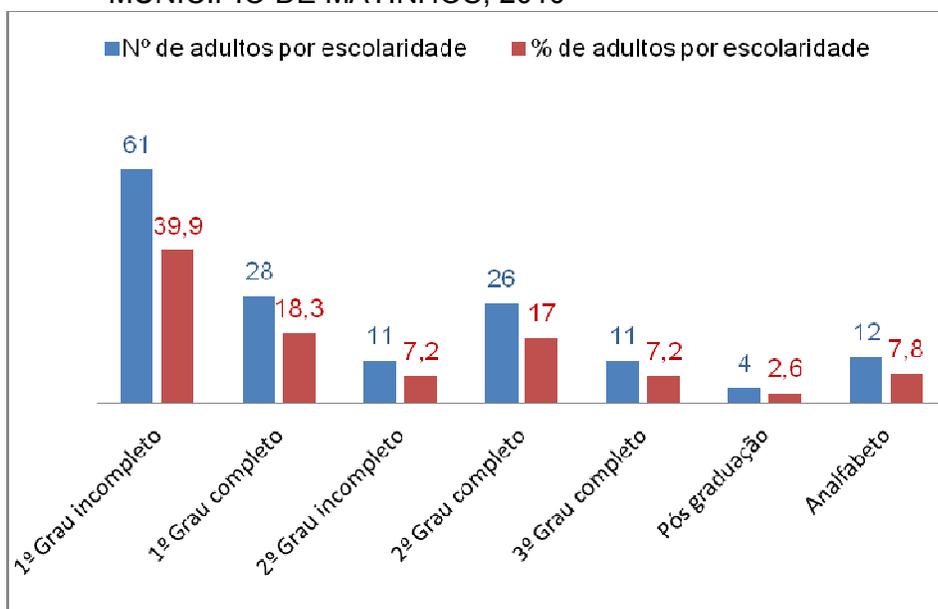
Dentre os 153 adultos cadastrados em dezembro/2010, a faixa etária que predomina está entre os 60 e 69 anos, com 35,3% dos adultos pesquisados. Os que têm entre 50 e 59 anos, fazem 30,0%. Observa-se que após os 50 anos aumenta substancialmente a prevalência destas doenças crônicas. (Gráfico 2)

GRÁFICO 2 – ADULTOS CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO DO MUNICÍPIO DE MATINHOS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, 2010



Os cento e cinquenta e três adultos cadastrados no Hiperdia da Unidade de Saúde da Família Centro possuem em sua maioria o primeiro grau incompleto, ou seja, quase 40%. Completaram o primeiro grau, 18,3%, porém encontramos praticamente 8,0% de analfabetos. Observa-se que a escolaridade da grande maioria do grupo não ultrapassa o 1º grau. (Gráfico 3).

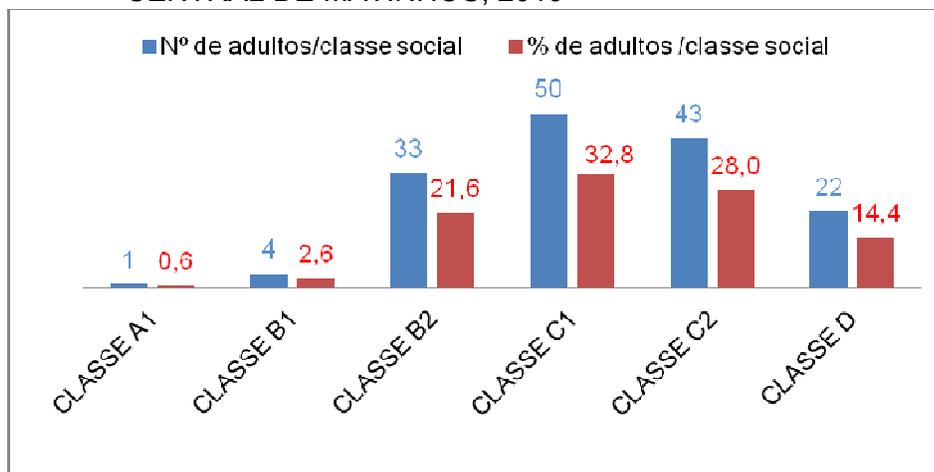
GRÁFICO 3 - ESCOLARIDADE DOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO MUNICÍPIO DE MATINHOS, 2010



Para a classificação social foi utilizado o Critério de Classificação Econômica – CCEB da Associação Brasileira de Estudos Populacionais¹, onde se observa que a Classe C1 e C2 comportam mais de 60% dos cento e cinquenta e três adultos entrevistados. Verifica-se participantes em todas classes sociais, sendo que na classe A somente 1 compõe a Classe A1 e a classe A2 não consta do gráfico, pois a pesquisa não apresentou participantes (Gráfico 4).

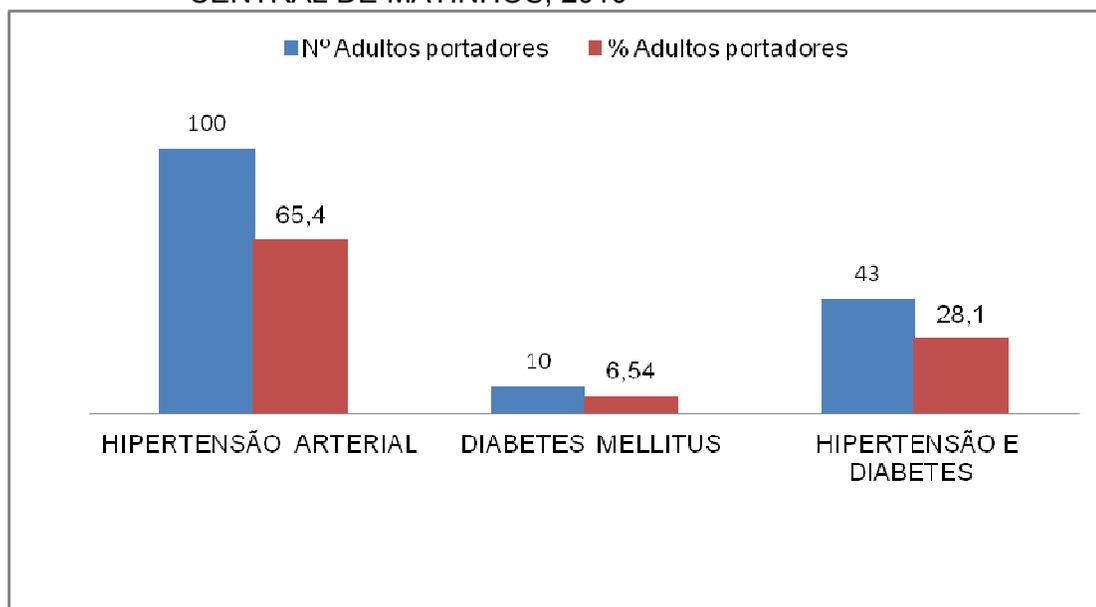
¹ O critério de Classificação Econômica – CCEB, comumente tratado por Critério Brasil - estima o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas com base no LSE do IBOPE, classificando-os por classes econômicas ao invés do critério de classes sociais.

GRÁFICO 4 – CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, 2010



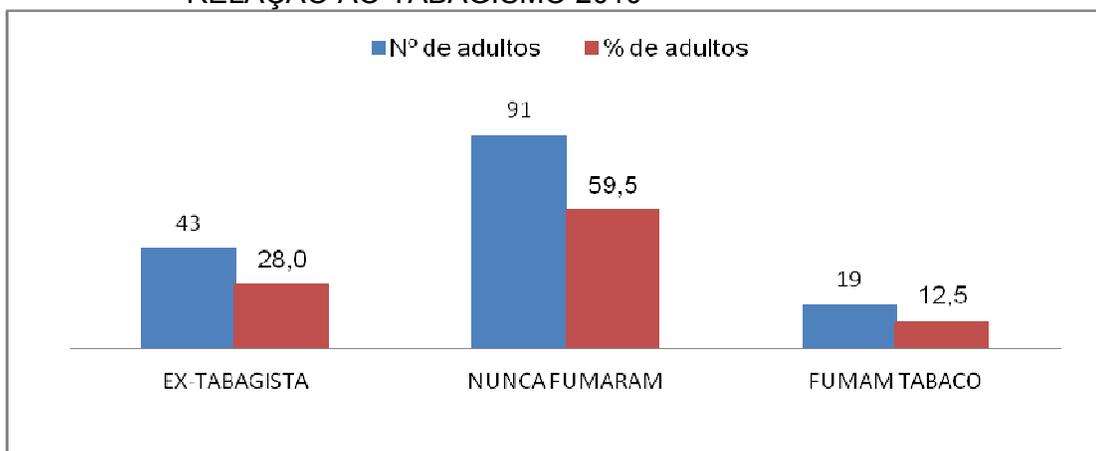
Observa-se que a maioria dos entrevistados são portadores de hipertensão arterial (65,0%). A associação entre hipertensão e diabetes mellitus ocorreu em 28% da população estudada, sendo a prevalência menor àqueles que somente são portadores de diabetes mellitus (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 – DOENÇAS CRÔNICAS DOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, 2010



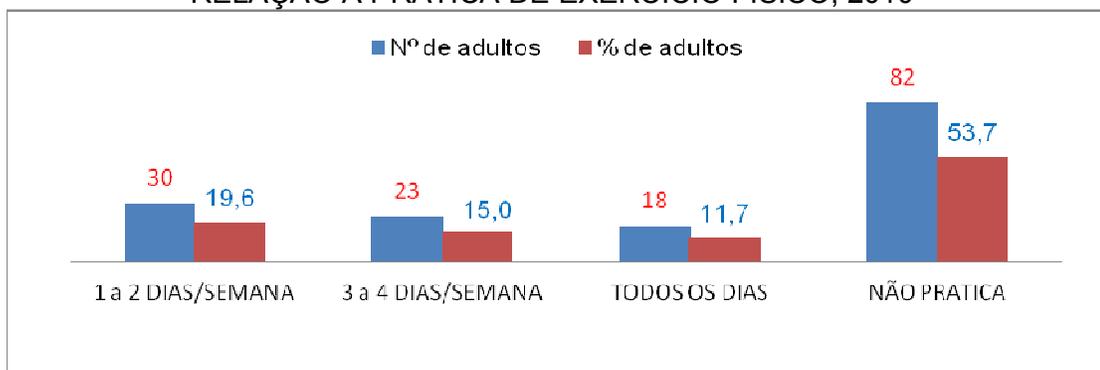
Dentre os cento e cinquenta e três adultos pesquisados, quase 60,0% declararam nunca ter fumado tabaco, 28,0% se definem como ex-fumantes e 12,5% reconhecem-se como fumantes (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, COM RELAÇÃO AO TABAGISMO 2010



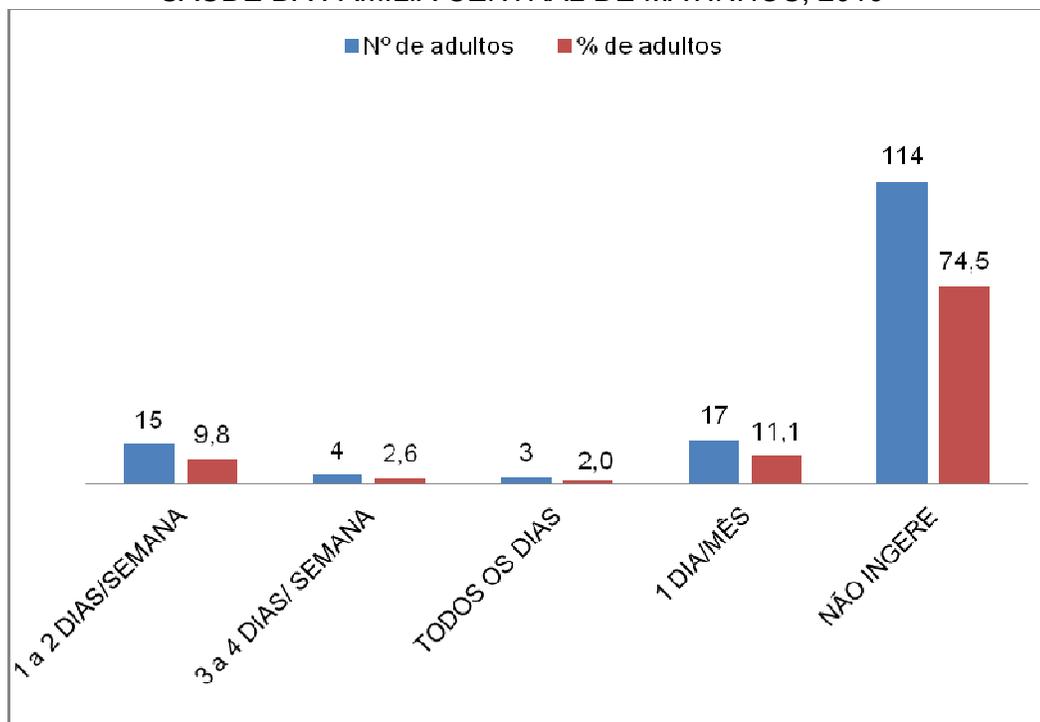
Dentre os cento e cinquenta e três adultos pesquisados, a maioria, ou seja, 53,7% declaram não praticar nenhum tipo de exercício físico, 19,6% declararam praticar de 1 a 2 dias na semana, porém 11,7% praticam exercício físico todos os dias da semana (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, COM RELAÇÃO À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO, 2010



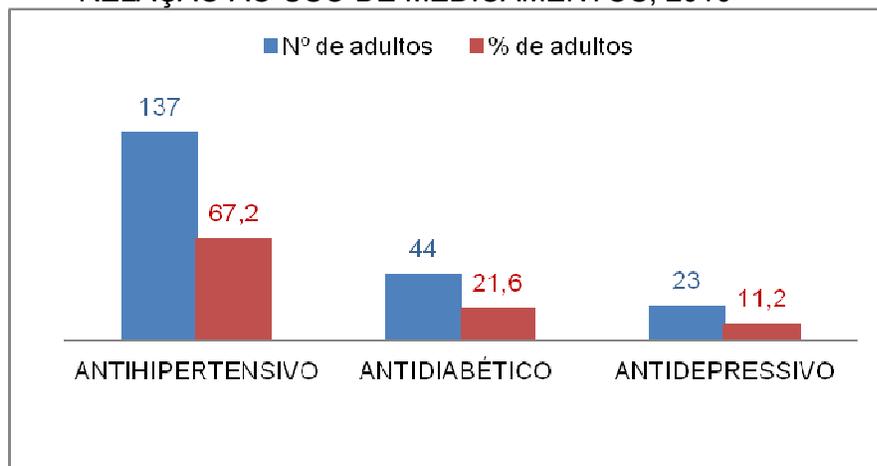
Dentre os cento e cinquenta e três adultos pesquisados, a maioria, ou seja, 74,5% não costumam ingerir bebida alcoólica, consomem esporadicamente, ou seja, 11,1% fazem uso de álcool 1 vez ao mês (Gráfico 8).

GRÁFICO 8 – CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, ENTRE OS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, 2010



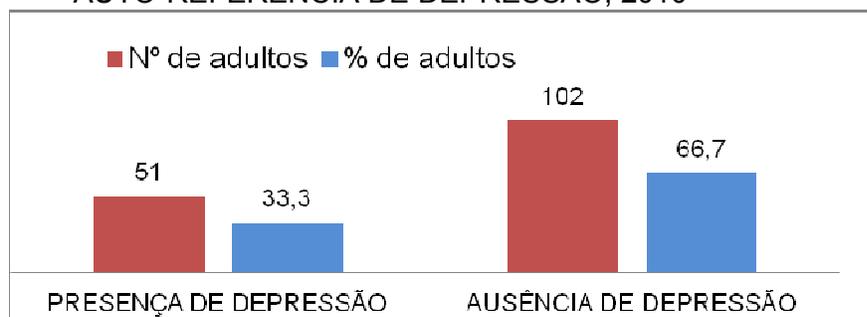
Dentre os cento e cinquenta e três adultos pesquisados, 67,2% fazem uso de antihipertensivo, 21,6% usam antidiabético e 11,2% declaram fazer uso de antidepressivos (Gráfico 9).

GRÁFICO 9 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA COM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS, 2010



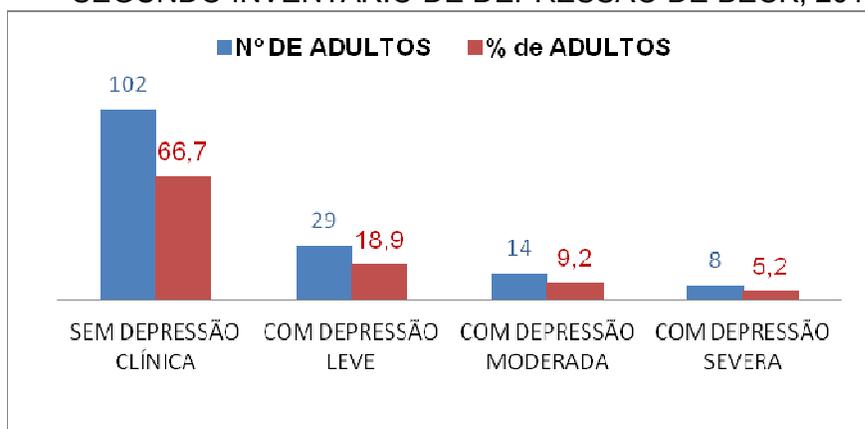
Dentre os 153 pesquisados, 66,7% declararam não possuir depressão. Porém 1/3 dos sujeitos afirmaram serem depressivos (Gráfico 10).

GRÁFICO 10 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, COM RELAÇÃO À AUTO-REFERÊNCIA DE DEPRESSÃO, 2010



Em consonância com o auto-relato, segundo Inventário de Beck, 66,7% não identificaram depressão clínica. Os demais, ou seja, 33,3% foram classificados nos graus leve, moderada e severa de depressão (Gráfico 11).

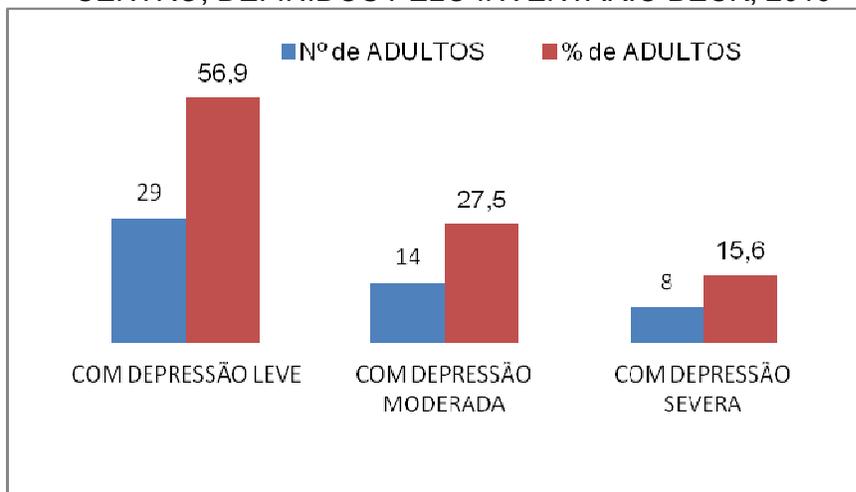
GRÁFICO 11 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DE MATINHOS, SEGUNDO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK, 2010



5.2. DADOS REFERENTES AOS ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, PORTADORES DE DEPRESSÃO, SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK

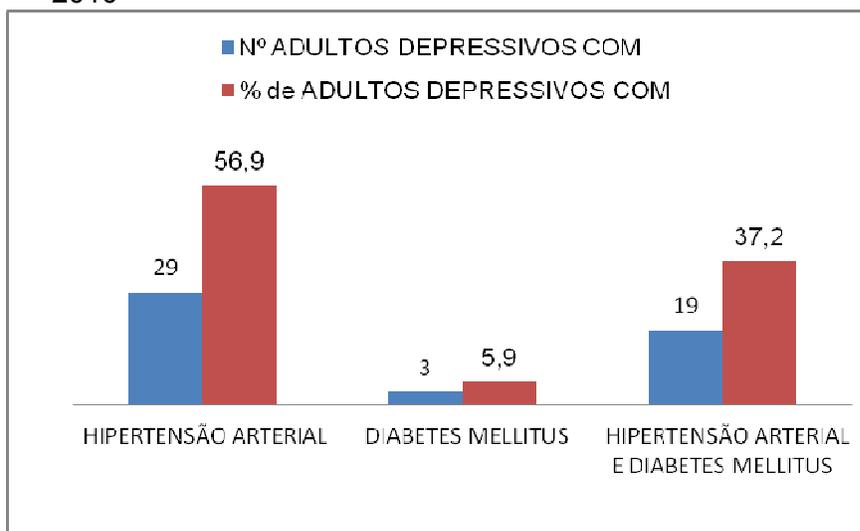
No gráfico 12 está distribuído, entre os que foram classificados como portadores de depressão, os graus de severidade da doença. Mais da metade dos entrevistados apresentam depressão leve (56,9%), 27,5% tinham depressão moderada e ainda, a depressão severa atingiu mais de 15%.

GRÁFICO 12 – GRAU DE DEPRESSÃO ENTRE ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, DEFINIDOS PELO INVENTÁRIO BECK, 2010



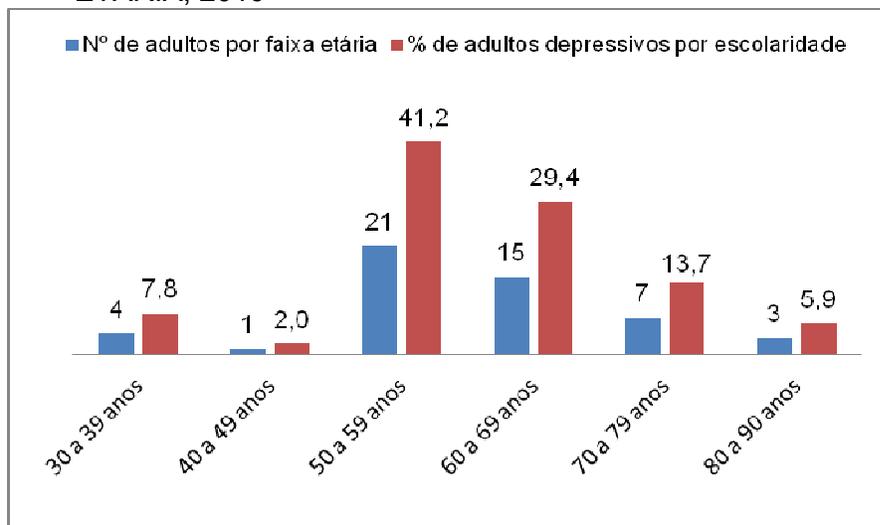
Dentre os cinquenta e um adultos depressivos, segundo Inventário Beck, a maioria, ou seja, 56,9% apresentam Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus atinge 5,9%, porém ambos como comorbidade, atingem 37,2%%. (da mesma forma que dentre o grupo de cento e cinquenta e três pesquisados), (Gráfico 13).

GRÁFICO 13 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, DEPRESSIVOS SEGUNDO INVENTÁRIO BECK, CONFORME DOENÇA CRÔNICA, 2010



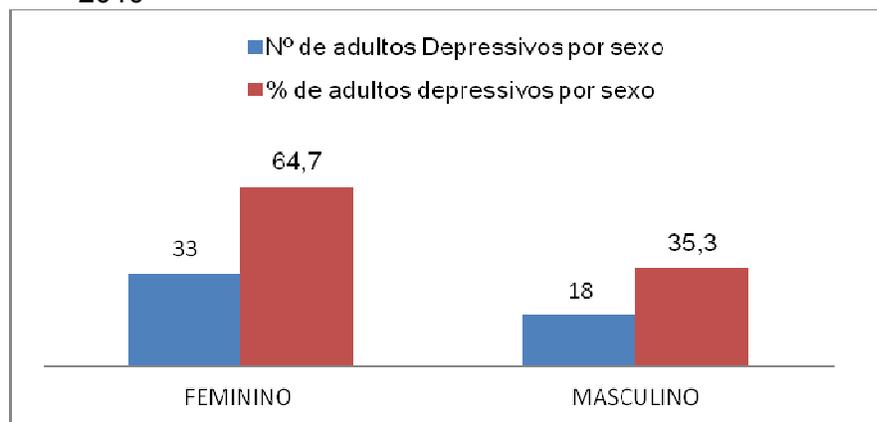
Dentre os classificados como depressivos pelo Inventário Beck, 41,2% tem entre 50 e 59 anos e entre 60 e 69 anos são 29,4% dos cinquenta e um adultos avaliados com depressivos (Gráfico 14).

GRÁFICO 14 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, MENSURADOS PELO INVENTÁRIO BECK COMO DEPRESSIVOS, CONFORME FAIXA ETÁRIA, 2010



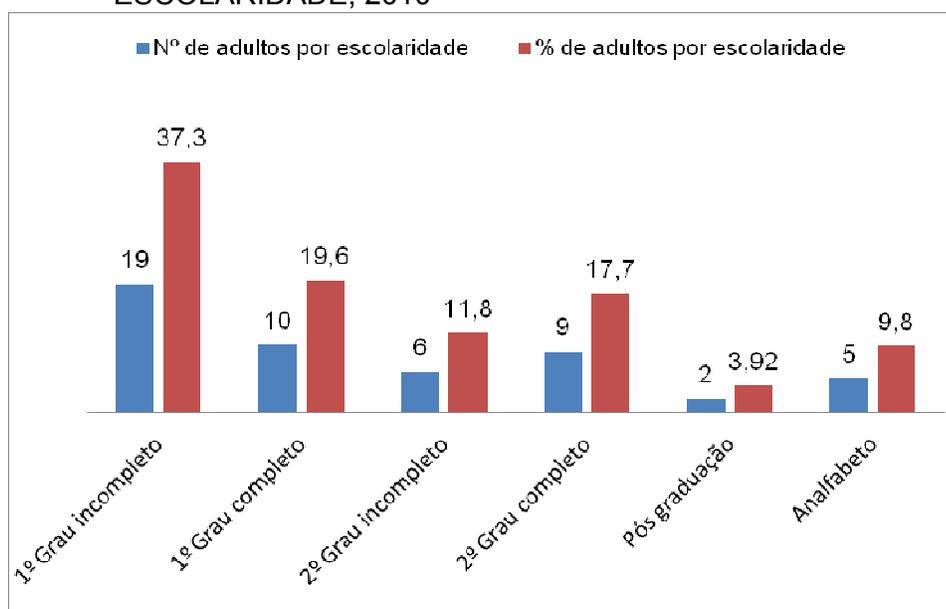
Dentre os classificados como depressivos, a maioria, ou seja, 64,7% são do sexo feminino. Observa-se a prevalência da depressão entre as mulheres adultas do Programa Hiperdia (Gráfico 15)

GRÁFICO 15 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, MENSURADOS PELO INVENTÁRIO BECK COMO DEPRESSIVOS, CONFORME GÊNERO, 2010



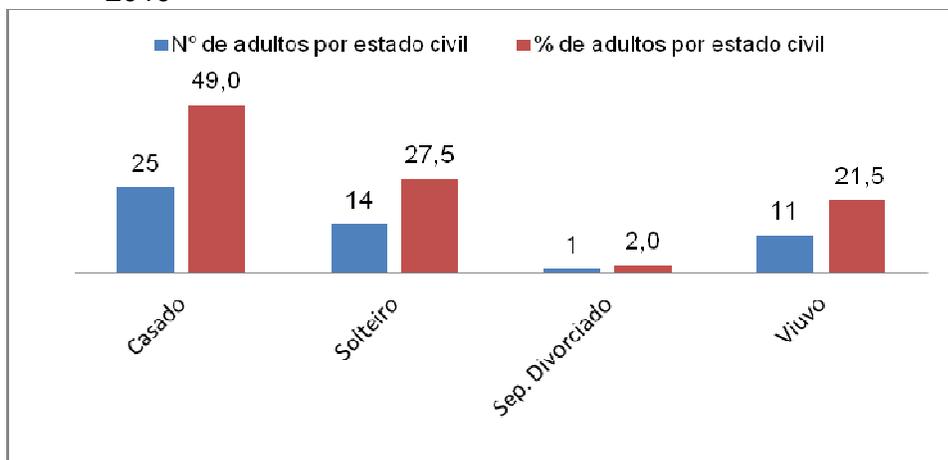
Dentre os classificados como depressivos pelo Inventário Beck, predominam os 37% que tem o 1º grau incompleto, acompanhados pelos 19,6% que completaram o 1º grau. Observa-se também 9,8% de analfabetos, ou seja, mais de 66% dos adultos cadastrados no Programa Hiperdia tem no máximo o 1º grau completo. (Gráfico 16).

GRÁFICO 16 – ADULTOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, MENSURADOS PELO INVENTÁRIO BECK COMO DEPRESSIVOS, CONFORME ESCOLARIDADE, 2010



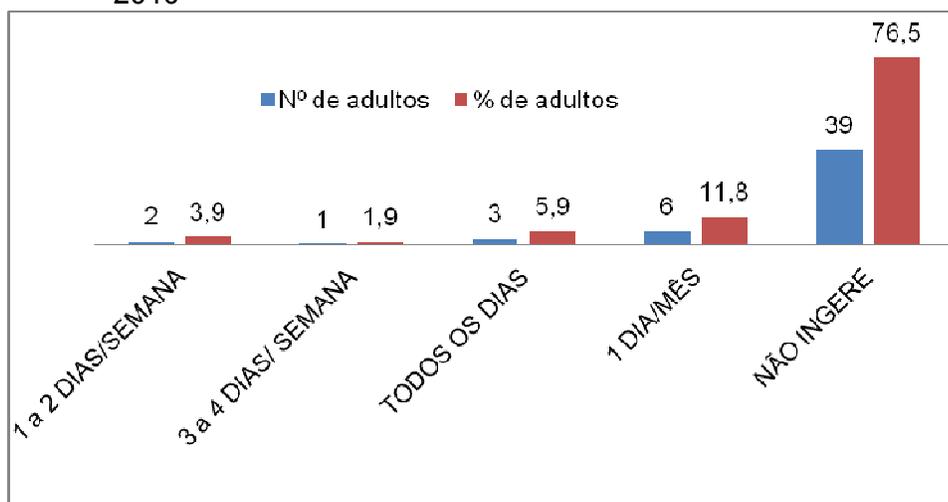
Dentre os cinquenta e um adultos mensurados como depressivos pelo Inventário Beck, verifica-se que praticamente metade dos pesquisados são casados, porém 27,5% são solteiros e ainda 21,5% destes são viúvos (Gráfico 17)

GRÁFICO 17 – PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, EM RELAÇÃO AO ESTADO CIVIL, 2010



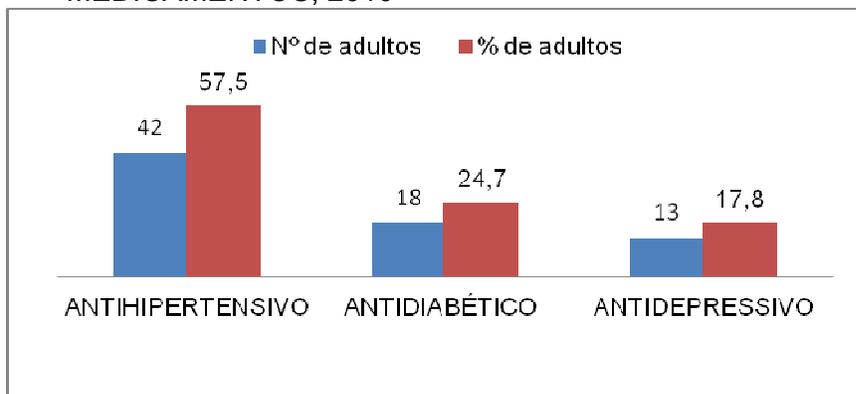
A grande maioria dos adultos depressivos, ou seja, 76,5% destes, não ingerem bebida alcoólica. Ingerem esporadicamente 11,8% dos adultos, que declaram consumir 1 vez ao mês. Observa-se o controle da ingestão de bebida alcoólica, devido à hipertensão (Gráfico 18)

GRÁFICO 18 – PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, EM RELAÇÃO À INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, 2010



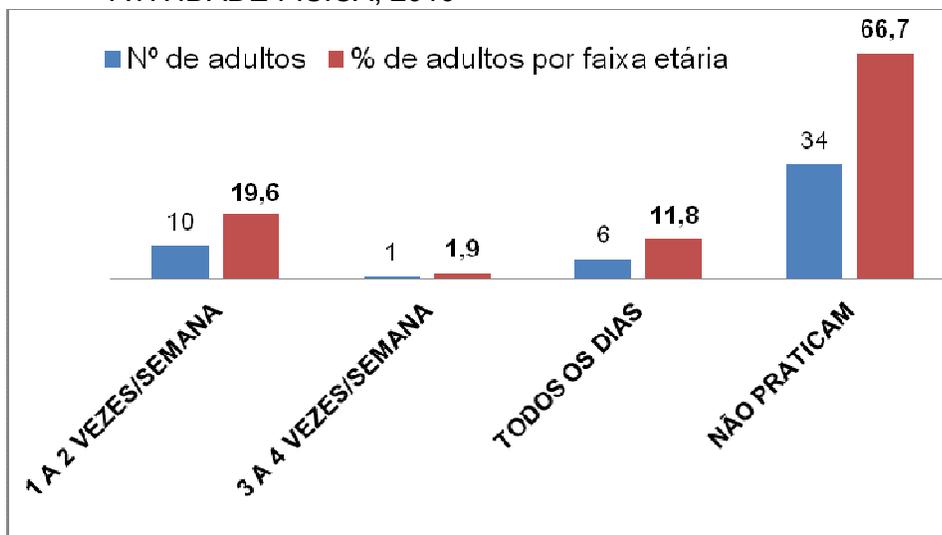
Dentre os cinquenta e um adultos pesquisados depressivos, 17,8% declaram fazer uso de antidepressivos, 24,7% usam antidiabético e 57,5% fazem uso de antihipertensivo (Gráfico 19).

GRÁFICO 19 – PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, EM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS, 2010



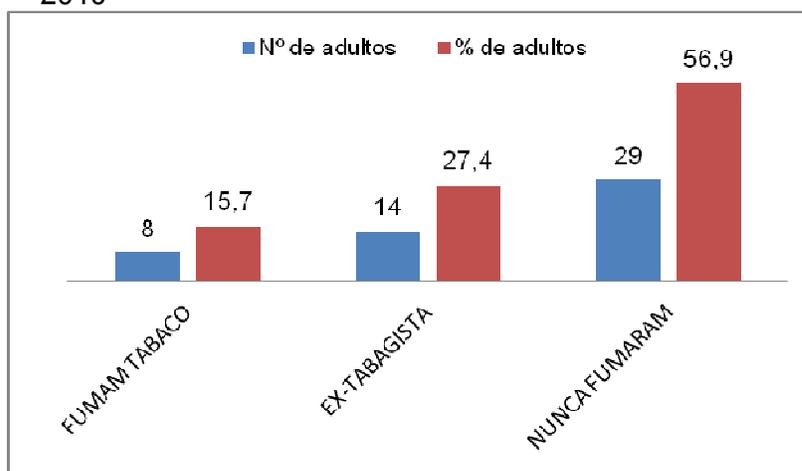
Dentre os cinquenta e um adultos depressivos pesquisados, 66,7% não praticam exercício físico, opondo-se aos 11,8% que praticam todos os dias. Observa-se a não prática de exercícios físicos entre os portadores de hipertensão e/ou diabetes, mensurados como depressivos pelo Inventário Beck (Gráfico 20).

GRÁFICO 20 – PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, QUANTO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, 2010



Dentre os pesquisados, 56,9% dos cinquenta e um adultos depressivos nunca usaram tabaco, porém 27,4% destes são ex-fumantes e 15,7% fazem uso de tabaco. Observa-se da mesma forma da ingestão de bebida, a grande maioria não faz uso de tabaco (Gráfico 21).

GRÁFICO 21 – PORTADORES DE DEPRESSÃO CONFORME BDI CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL, QUANTO AO USO DO TABACO, 2010



6 DISCUSSÃO

O levantamento dos dados quantitativos possibilitou traçar um perfil dos adultos cadastrados no Programa Hiperdia, no que se refere ao seu comportamento, ou seja, hábitos em relação à saúde, o uso de medicamento, a escolaridade e ainda verificar a presença de depressão em 1/3 dos portadores de Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Participaram do estudo 153 pessoas de ambos os sexos, onde se observou um grau de escolaridade baixo, tendo a maioria até o 1º grau e ainda a presença de 7,8% de analfabetos. O Critério de Classificação Econômica da ABEP definiu entre os pesquisados, maioria pertencente às classes C1 e C2, ou seja, classe média, onde classificou os participantes segundo o poder de compra. Nível educacional e sócio econômico mais baixo está associado à maior prevalência de doenças crônicas, conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Sendo 51 homens e 102 mulheres, observa-se a freqüência destas doenças acometendo muito mais as mulheres. Em conformidade com Porto (2005), bem como, com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, doenças crônicas são mais prevalentes em homens até os 50 e em mulheres após os 60 anos. E, ainda de acordo com Duarte (2007), quando investigou a associação entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria, “o sexo feminino e a idade menos que 75 anos, associaram-se com depressão” relata ainda que, a diferença de gênero está bem documentada na literatura, porém a faixa etária de maior prevalência de depressão, não existe consenso, ocorrendo mais entre os mais idosos, ou justamente ao contrário.

O grupo em estudo tem um número maior de idosos, predominando a faixa entre 60 e 69 anos, porém a prevalência da depressão está entre os 50 e 59 anos, sendo a maior parte do sexo feminino, onde se percebe o aumento substancial da prevalência destas doenças crônicas, após os 50 anos. No Brasil, segundo Jobim (2008), a prevalência de hipertensão em pessoas com 40 anos ou mais, estima-se em torno de 40%.

Os dados apresentam a hipertensão arterial como prevalente entre o Grupo Hiperdia, porém a diabetes associada à hipertensão se mostrou comum, opondo-se ao portador de somente diabetes. Estudos de base transversal registraram

prevalência significativa de hipertensão entre os diabéticos. O risco de apresentar diabetes é três vezes maior nos indivíduos hipertensos. Esta estreita associação é preocupante, tendo em vista que a hipertensão nos diabéticos aumenta o risco de complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e aterosclerose (LEBRÃO E SOUZA (2003), apud FRANSCISCO, 2010).

A hipertensão está associada a um maior grau de resistência à insulina e os medicamentos antihipertensivos podem agravar esse quadro. O hipertenso torna-se suscetível a desenvolver diabetes, conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (PORTO, 2005).

A pesquisa realizada teve como objetivo identificar a prevalência de depressão entre adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus e definir sua gravidade. Dentre os cento e cinquenta e três adultos foram identificados através do Inventário Beck, 51 destes, com sintomatologia de depressão, onde se verificou que 1/3 dos entrevistados, em consonância com o Inventário Beck, se declararam depressivos, e ainda, dentre estes 15% com depressão severa, porém, a depressão com grau leve atinge mais da metade dos entrevistados.

“Doenças clínicas podem contribuir para a patogênese da depressão através de efeitos diretos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais” segundo Duarte (2007). Uma patologia orgânica aumenta o risco de transtornos psiquiátricos, onde se verificou no presente estudo, a depressão em 1/3 dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, No estudo já mencionado, realizado por Duarte (2007), noventa e cinco por cento dos indivíduos pesquisados apresentavam pelo menos uma patologia crônica, estando entre as principais a hipertensão arterial, que atingia 62,2% destes. A depressão foi diagnosticada em 23,4% dos pesquisados, sendo mais frequente entre as mulheres.

Ademais, a pesquisa buscou caracterizar e analisar os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com sintomatologia de depressão mensurados pelo Inventário Beck. Verificou-se entre os adultos cadastrados no Programa Hiperdia, que parte destes eram casados, porém na mesma proporção, encontravam-se os solteiros somados aos viúvos, fato que não se mostrou relevante entres os pesquisados, com relação a essas doenças crônicas.

Dentre os pesquisados, fica evidente alguns cuidados com a saúde, ou seja, a ingestão de bebida alcoólica, bem como, o uso do tabaco. A grande maioria, 74,5% não ingere bebida alcoólica, 11% o faz esporadicamente (uma vez ao mês).

Quanto ao tabagismo, 56,9% nunca fumaram e ainda, 27,0% denominaram-se ex-fumantes, demonstrando possivelmente, mudança no estilo de vida, quando do diagnóstico das doenças. Verificou-se ainda, o uso da medicação indicada e específica para cada doença crônica, medicação esta recebida através do Programa Hipertensão ou adquirida por conta própria.

Porém, a prática de exercício físico não faz parte desses cuidados e preocupações, pois 66,7% dos pesquisados são sedentários. O sedentarismo foi o fator de risco com maior prevalência, independente do gênero, definido pelo Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (2002).

Segundo Siqueira (2004), alguns fatores de risco podem ser modificados pela atividade física, pois com ela há uma diminuição e melhor controle dos níveis tensionais (estresse) redução do colesterol, glicose e conseqüentemente do peso. Para as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, a melhor forma de controlar o quadro da doença é praticar regularmente algum tipo de exercício físico, monitorados com profissionais qualificados, principalmente em pessoas idosas. A presente pesquisa apresentou um grande número de pessoas que não praticam nenhum tipo de exercício físico e a inatividade física, pode levar ao agravamento da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estilo de vida decorrente dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico, vem determinando o aumento crescente das doenças crônicas não transmissíveis, que representam uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Nos países em desenvolvimento, onde persiste a grande desigualdade de classes sociais, essas doenças podem levar pessoas e famílias a aumentar sua pobreza, por reduzir sua capacidade de trabalho e resultar em maiores gastos, criando um círculo vicioso.

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial constituem-se graves problemas de saúde pública e suas conseqüências podem, quando não controladas serem avassaladoras. São duas condições que coexistem frequentemente, visto que muitos fatores, que são considerados “complicações” do diabetes, predispõe o diabético a uma maior incidência de doença hipertensiva. Com freqüência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações.

O Programa Hiperdia, cadastrando e acompanhando hipertensos e diabéticos, garante o recebimento da medicação prescrita com o intuito de modificar o quadro, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e reduzir o custo social. Custos esses, que ocorrem de forma direta, ou seja, internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais e de forma indireta, perda de produção, aposentadorias precoces entre outras questões.

O programa não investe na prevenção, parte para o tratamento, que está voltado para a medicalização, onde o paciente não é visto como um ser biopsicossocial, ou seja, na sua integralidade. Deve-se destacar a necessidade de maior atenção, por parte dos profissionais de saúde, às queixas apresentadas pelo paciente no que diz respeito a sintomas depressivos em atendimento primário, visando a um diagnóstico mais preciso e precoce e uma terapêutica mais eficaz. Ainda, há carência de todo um sistema e monitoramento para essas enfermidades e de uma política de prevenção para a maioria da população.

A depressão é companheira de quase todas as doenças crônicas, no que resulta na não continuidade do tratamento, devido o próprio estado depressivo. Tendo a depressão, a mesma sintomatologia das doenças crônicas, o corpo clínico, que normalmente não conta com um psiquiatra, restringe o atendimento às doenças crônicas. Quando a depressão não é diagnosticada pode cronificar, agravando o sofrimento psíquico do paciente. E, quando diagnosticada, normalmente é tratada de forma inadequada. A não identificação e o não tratamento da depressão contribuem para o agravamento das doenças crônicas que acometem o paciente, aumentando a morbidade e risco de vida.

Foi identificada nesta pesquisa elevada prevalência de depressão entre os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados no Programa Hiperdia confirmada pelo Inventário Beck de Depressão. Acredita-se que a partir desse reconhecimento, se conseguirá estabelecer ações que ultrapassem o imediatismo de algumas intervenções aos usuários do Programa Hiperdia.

A elevada frequência de depressão na população estudada remete à importância do planejamento por parte do programa, de ações direcionadas a saúde dos seus participantes. Investir na prevenção é decisivo, para garantir a qualidade de vida, como também, para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos.

A fim de efetivar o princípio da integralidade no SUS, julga-se necessário a vinculação dos portadores desses agravos às unidades básicas de saúde, garantindo lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais, para atender a demanda em saúde mental.

Acredita-se que a ação integrada da equipe de saúde da família, compõe um instrumento de sustentabilidade e efetividade às ações de prevenção, pois se encontra inserida no espaço de convivência de cada portador dessas doenças crônicas, dentro da área de abrangência da Unidade de Saúde. O atendimento adequado se baseia na capacitação continuada desses profissionais, para diagnóstico e tratamento precoce, bem como, medidas de prevenção de complicações dessas doenças.

A mudança e manutenção do estilo de vida seria basicamente o tratamento não medicamentoso dessas doenças crônicas, entretanto a adesão plena ao tratamento é o grande desafio das equipes de saúde.

No cenário contemporâneo, no qual a competitividade e o individualismo são privilegiados como modo de existir e de se relacionar, os fatores de risco

modificáveis, ou seja, comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) são potencializados pelos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. Aumenta os fatores de risco, acrescidos da falta de acesso a rede de suporte social, acesso ao alimento saudável e o sedentarismo, sem a mudança do estio de vida, torna-se um círculo vicioso, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das doenças.

A oferta de intervenções educativas pelos serviços de saúde, a participação dos hipertensos e diabéticos em grupos de discussão, com informações sobre as doenças, condutas para perda de peso corporal e adoção de estilo de vida saudável, é essencial, por proporcionar conhecimento e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que a doença demanda.

Os governos têm um papel crucial em prover escolhas saudáveis, em especial para providenciar proteção especial para grupos vulneráveis. As pessoas de menor poder aquisitivo são mais afetadas, uma vez que tem menos acesso a tratamentos adequados e na maioria das vezes, não tem acesso a escolhas saudáveis. Além disso, o estigma da doença, o desconhecimento de seu tratamento e a falta de vontade política são barreiras para o desenvolvimento de políticas de saúde, principalmente saúde mental. A não atenção às necessidades de saúde mental está sendo agora mundialmente reconhecida como uma grande vulnerabilidade para as sociedades do século 21.

Este trabalho pretendeu também contribuir na formação acadêmico-científica dos estudantes do curso de graduação e pós-graduação da UFPR - Setor Litoral, bem como possibilitar uma interação entre UFPR - Setor Litoral e comunidade local. Além disso, estimulou a formação continuada, capacitação e envolvimento dos profissionais de saúde. Ademais, a região será estimulada em seu desenvolvimento sustentável com uma ação interprofissional e interdisciplinar nas parcerias institucionais com a pesquisa em saúde, consistindo em um processo social de crescimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Geraldo Francisco do et al. **Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 2, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2010. doi: 10.1590/S0101-81082007000200007.

AMARAL, Renata Cezar do; Nicolotti, Maria T.; Purkot, Jussara. **Projeto para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 e Unidade de Pronto Atendimento – UPA**. Matinhos/Paraná, 2010

BAHLS, Saint-Clair. **Uma visão geral sobre a doença depressiva**. In Interação em Psicologia, vol 04, no 1– Lemos Editorial, São Paulo - SP, 2000

_____, Saint-Clair. **A depressão em crianças e adolescentes e o seu tratamento** –Lemos Editorial São Paulo - SP, 2004

BASTOS, Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007 acessado 04 de junho 2010

BECK AT, CH Ward, Mendelson M, L Mock, J. **Erbaugh um inventário para medir a depressão**. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571. [[Links](#)]

BRASIL, Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Revista de. Saúde Pública, São Paulo, v.35, n. 6, p. 585-588, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, - Série Cadernos de Planejamento – volume 9, 2010

BRASIL, **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMARGO, R.S.: MOSER, A.D.L.: BASTOS, L.C. Approach to the evaluation methods in fibromyalgia and chronic pain applied to information technology: literature

review in journals, between 1998 and 2008. Bras. J. Rheumato, v.49, n.4, p.431 – 446, 2009.

CORREIA, Beatriz R.; Cavalcante, Elder; Santos Emerson dos. **A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários.** Rev Bras Clin Med, 2010;8:25-29

DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Cadernos de informações em saúde. **Município de Matinhos/PR.** 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>. Acesso em 28 out 2010.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica.** 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gabov.br> Acesso em 04 junho 2010.

DATASUS, Ministério da Saúde - Estatísticas vitais – mortalidade - óbitos por ocorrência por segundo - Causa-CID-BR-10. 2003. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> (acessado em 10/06/2010).

DATASUS, Ministério da Saúde SISHIPERDIA, 2002 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> (acessado em 10/06/2010).

DUARTE, Meirelayne Borges; REGO, Marco Antônio Vasconcelos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007 . Available **Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria.** from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300027&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300027.

FRANCISCO, Priscila Maria S. B. et al. **Diabetes auto-referido em idoso: prevalência, fatores associados e práticas de controle.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (1): 175-184, jan, 2010.

GACK GHELMAN, L.; SOUZA, M.H. do N.; MACHADO TINOCO FEITOSA ROSAS, A.M. **Conhecimento de portadores de diabetes mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde, quanto às práticas de auto-cuidado com pés.** Enferm. glob., Murcia, n. 17, oct. 2009 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 04 jul. 2010. doi: 10.4321/S1695-61412009000300002.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português**, Ver. Psiq. Clin, v. 25, n.5, p. 245 – 250, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia. Censo demográfico 2000. Características gerais da população Disponível em: WWW.ibge.gov.br>. acesso em 26.out.2010.

Ipardes. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico do Município de Matinhos. Dezembro, 2010.

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:zLltWMBXhikJ:www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php%3FMunicipio%3D83260%26btOk%3Dok+ipardes+matinhos&hl=pt-R&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEShoAkyhwLFC48qTWE2nPleXrisKdpTfDqcaFJX-7FDp2p82IO7TjkM1NM2Xp5PPMrMevavtgUbtZpFJICB5ZD3BZLBUEPvtKoQJPQW hmzJu28tCCikaacI2_d5kkAHO2rL5CF3w&sig=AHIEtbTM5Nr1FDInc3kWQMSs1h0Wh9UIRw. acesso em 26.out.2010

JOBIM, Eduardo Furtado da Cruz. **Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades** in Rev Bras Clin Med; 6:250-253, 2008.

JONAS, B. S.; LANDO, J. F. – **Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension**. Psych Med 62:188-96, 2000.

JR SERRANO, Carlos V. et al. **Como tratar: hipertensão arterial**. Barueri, SP. Manole, São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, p.200, 2008

LESSA, Inês; Mendonça, Gulnar A.S.; Teixeira, Maria T. B. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social**. Boletim de La Oficina Sanitaria Panamericana.120(5), 1996, 391-413

-----, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 25 oct. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232004000400014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Hipertensão Arterial. Série de Informes Técnicos, 2002

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Escritório Regional para as Américas, 2005, www.who.int/chronic_disease_report/enindex.html (acessado em 10/06/2010).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: OPAS; 2003.

PINTO, Ivone C.Gomes Pereira. **A relação entre doença cardiovascular e seus fatores de risco – um estudo feito no distrito do Porto.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar,p.118, 2008.

PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do Coração – Prevenção e Tratamento.** Editora Guanabara Koogan S.A, p. 1116, 2005. Rio de Janeiro - RJ

SIQUEIRA, F.P.C.: **Enfermagem Brasil, hipertensão arterial, fatores de risco.** In Revista científica dos profissionais de enfermagem Ano 3, nº2, março/abril/2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tudo sobre Diabetes. Diagraphic,; 2009.

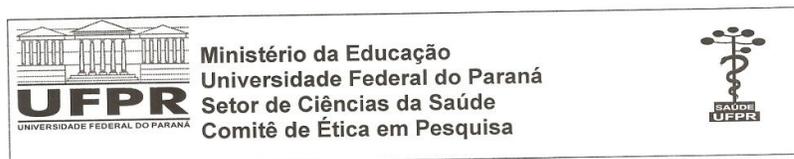
TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro and DEMETRIO, Frederico Navas. **Depressão e comorbidades clínicas.** *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2005, vol.32, n.3, pp. 149-159. ISSN 0101-6083. doi: 10.1590/S0101-60832005000300007. Acessado em 21/04/201

VORCARD, Claudia M. Resende. **Projeto Bambuí: prevalência e características associadas à depressão na comunidade.** 2v. 33p. Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais – Saúde Pública, 2000 Ministério da Saúde, 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Temas de Saúde: Iniciativa da OMS sobre a depressão em saúde pública [http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&ei=HS5pTaXFGobVgQeS8_jkCg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCEQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DOrganiza%25C3%25A7%25C3%25A3o%2BMundial%2Bde%2BSa%25C3%25BAde%2B\(OMS\).%26hl%3Dpt-BR%26prmd%3Divns](http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&ei=HS5pTaXFGobVgQeS8_jkCg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCEQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DOrganiza%25C3%25A7%25C3%25A3o%2BMundial%2Bde%2BSa%25C3%25BAde%2B(OMS).%26hl%3Dpt-BR%26prmd%3Divns). Access on 06 oct 2010.

ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Iseu. Idoso: **Doença Cardíaca e Comorbidades.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 79, n. 6, Dec. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2010. doi: 10.1590/S0066-782X2002001500011.

APÊNDICES



Curitiba, 12 de novembro de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Luceli de Carvalho

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Prevalência de depressão entre adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Central do Município de Matinhos-PR”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 04 de agosto de 2010 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 09 de novembro de 2010.

Registro **CEP/SD**: 968.093.10.07

CAAE: 3680.0.000.091-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 09/05/2011.

Atenciosamente

Claudia Seely Rocco
Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240
Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luceli de Carvalho, terapeuta ocupacional e aluna do Curso de Especialização: a questão social na perspectiva interdisciplinar, juntamente com minha orientadora Milene Zanoni da Silva Vosgerau professora da UFPR Setor Litoral gostaríamos de convidar você, adulto portador de pressão alta e diabetes mellitus cadastrado no Programa HIPERDIA na Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos/PR, a participar de uma pesquisa na área da Saúde. É através de pesquisas que nós, na Universidade, podemos aperfeiçoar e compreender aspectos sobre saúde e doença, nosso objeto de interesse.

As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa e como ela funcionará.

Saiba que sua participação é espontânea e não será remunerada de qualquer forma. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida você deve fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Nós gostaríamos de esclarecer todas as suas dúvidas. Além de conversar conosco neste momento, poderá nos encontrar na Rua São Mateus, 260 Caiobá, nos contatar por telefone, através dos números (41)34521740/91965552, no horário das 9h às 18h de segunda a sexta-feira pelo e-mail: luceli.carvalho@hotmail.com

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável.

01. Informações sobre a Pesquisa:

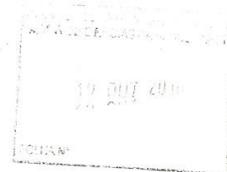
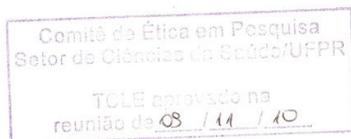
Título do Projeto de Pesquisa: *“Prevalência de depressão entre adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos – PR”.*

Pesquisador responsável: Luceli de Carvalho

Telefone e e-mail para Contato: (41) 3452-1740/ luceli.carvalho@hotmail.com

Orientadora: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

FINALIDADE DA PESQUISA: O objetivo dessa pesquisa será identificar prevalência de depressão entre adultos portadores de pressão alta e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos - PR, ou seja, com os formulários pode-se verificar quantas pessoas adultas possuem depressão associada à pressão alta e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Central do município de Matinhos/PR. Esta pesquisa é importante, pois neste município não tem estudos sobre o referido assunto.



PROCEDIMENTO: A pesquisa será realizada através de questionários onde contará com perguntas relacionadas a respeito das características pessoais, estilo de vida e depressão. Todo esse procedimento terá a duração aproximada de 20 (vinte) minutos.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Não há riscos nesta pesquisa, no entanto durante a aplicação dos questionários caso você se sinta desconfortável em responder qualquer uma das perguntas isso será respeitado e você poderá pular para o próximo questionamento. Se mesmo assim não se sentir confortável poderá desistir da pesquisa.

Em se tratando dos benefícios dessa pesquisa, os resultados serão divulgados para auxiliar pesquisadores que venham a ter interesse nesse tema, ajudará ao gestor público na melhoria da saúde e ainda, para os sujeitos portadores de pressão alta e diabetes mellitus.

CUSTOS: Não haverá custo para participação na pesquisa.

PARTICIPAÇÃO: A participação é **voluntária** e caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar sem nenhum prejuízo.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE: Você tem o compromisso da pesquisadora de que a sua imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo.

TERMO DE MANUTENÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações ou dados coletados dos sujeitos participantes desta pesquisa serão de propriedade exclusiva da pesquisadora responsável do presente estudo, sendo proibida toda e qualquer divulgação que inclua os nomes dos participantes. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.

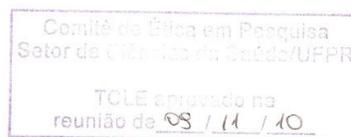
TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Luceli de Carvalho, pesquisadora responsável comprometo-me a conduzir o estudo de acordo com a Resolução 196/96 MS.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

Eu, _____, portador do RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita como voluntário.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Luceli de Carvalho, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que



posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Matinhos, ___/___/___.

Nome e Assinatura do sujeito

Assinatura do pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa
Setor de Ciências da Saúde/UFPR
TCLE aprovada na
reunião de 08/11/10

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFPR
19 OUT 2010
FOLHA