



ARTIGO ORIGINAL

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CLIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

CLINICAL CHARACTERISTICS OF USERS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CLIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

Elton Junio Sady Prates¹, Fernanda Lara Pereira de Souza², Maria Luiza Sady Prates³, Josely Pinto de Moura⁴,
Tânia Maria Delfraro Carmo⁵

RESUMO






Objetivo: descrever as características clínicas da clientela com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus associado acompanhada pelo sistema Hiperdia em uma Estratégia Saúde da Família, relacionando com variáveis sociodemográficas. **Método:** trata-se um estudo quantitativo, transversal, com 20 pacientes que responderam a um questionário estruturado. Utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007*® para a análise dos dados. **Resultados:** verificou-se a predominância do sexo feminino, idosas, brancas, casadas e com baixa escolaridade. Observou-se alta prevalência de inatividade física, histórico familiar de hipertensão ou diabetes, baixa adesão a ações educativas, com tempo de diagnóstico maior que cinco anos, distúrbio do sono e a realização de apenas duas refeições diárias. **Conclusão:** conclui-se que a alta prevalência da ocorrência simultânea de fatores de risco como inatividade física, histórico hereditário, distúrbio do sono e baixo número de alimentações diárias evidencia vazios socioassistenciais. Avança-se, além disso, por este estudo, na perspectiva multidimensional da atenção à saúde, pois engloba variáveis para além da doença. **Descritores:** Hipertensão; Diabetes Mellitus; Doenças não Transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Estudos Transversais; Enfermagem.

ABSTRACT

Objetivo: to describe the clinical characteristics of users with systemic arterial hypertension and associated diabetes mellitus assisted by the Hiperdia system in a Family Health Strategy, relating to sociodemographic variables. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional study, with 20 patients who answered a structured questionnaire. The *Microsoft Office Excel 2007*® program was used for data analysis. **Results:** there was predominance of females, elderly, white, married and with low education. There was a high prevalence of physical inactivity, a family history of hypertension or diabetes, low adherence to educational activities, with a diagnosis time greater than five years, sleep disturbance and the accomplishment of only two meals a day. **Conclusion:** it is concluded that the high prevalence of the simultaneous occurrence of risk factors such as physical inactivity, hereditary history, sleep disturbance and low number of daily meals shows social assistance voids. Furthermore, this study advances the multidimensional perspective of health care, as it encompasses variables beyond the disease. **Descriptors:** Hypertension; Diabetes Mellitus; Noncommunicable Diseases; Primary Health Care; Cross-Sectional Studies; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir las características clínicas de la clientela con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus asociado acompañada del sistema Hiperdia en una Estrategia de Salud Familiar, en relación con variables sociodemográficas. **Método:** este es un estudio cuantitativo, transversal, con 20 pacientes que respondieron un cuestionario estructurado. El programa *Microsoft Office Excel 2007*® se utilizó para el análisis de datos. **Resultados:** predominó el sexo femenino, ancianas, blancas, casadas y con baja educación. Hubo una alta prevalencia de inactividad física, antecedentes familiares de hipertensión o diabetes, baja adherencia a actividades educativas, con un tiempo de diagnóstico superior a cinco años, trastornos del sueño y solo dos comidas al día. **Conclusión:** se concluye que la alta prevalencia de la ocurrencia simultánea de factores de riesgo como inactividad física, antecedentes hereditarios, trastornos del sueño y bajo número de comidas diarias muestra vacíos en la asistencia social. Además, este estudio avanza la perspectiva multidimensional de la atención médica, ya que abarca variables además de la enfermedad. **Descriptor:** Hipertensión; Diabetes Mellitus; Enfermedades no Transmisibles; Atención Primaria de Salud; Estudios Transversales; Enfermería.

^{1,3}Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0002-5049-186X> ³<https://orcid.org/0000-0002-3553-7401> ^{2,4,5}Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Passos (MG), Brasil. ²<https://orcid.org/0000-0001-6199-7092> ⁴<https://orcid.org/0000-0002-3856-4181> ⁵<https://orcid.org/0000-0001-8067-2285>

Como citar este artigo

Prates EJS, Souza FLP de, Prates MLS, Moura JP de. Carmo TMD. Características clínicas de clientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e244110 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244110>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem durante a vida de uma pessoa, possuem longa duração e podem ser o resultado além da genética, com determinantes sociais e condicionantes. Incluem-se, dentre os principais fatores de risco modificáveis, o consumo nocivo de álcool, a atividade física insuficiente e a alimentação não saudável.¹

Sentem-se as consequências humanas, sociais e econômicas das DCNT por todos os países, mas são particularmente devastadoras em populações pobres e vulneráveis. Revela-se, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), que as DCNT lavam à morte 41 milhões de pessoas todos os anos, sendo, dessas, 16 milhões consideradas prematuras, antes dos 70 anos.²⁻³

Aprovou-se, pela Assembleia Mundial da Saúde, o Plano de Ação Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Controle e Prevenção das DCNT 2013-2020. Estipulam-se, pelo plano de ação global, nove metas globais, incluindo a redução 25% na mortalidade até 2025 por DCNT. Criou-se, pelo Ministério da Saúde, antecipadamente, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, mediante políticas públicas junto à rede integrada de saúde, que dispõe sobre a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco.⁴⁻⁶

Representam-se as DCNT, no Brasil, um problema de saúde pública, sendo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) os mais frequentes, desencadeando importantes custos econômicos e para o sistema de saúde decorrentes de complicações associadas. Torna-se, por isso, acompanhar os indivíduos diagnosticados com HAS e DM uma competência do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atenção primária. Permite-se, pelo Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), no âmbito do SUS, acompanhar portadores de HAS e/ou DM de forma integral, longitudinal e também garantir medicamentos a todos os pacientes assistidos. Possibilita-se, dessa forma, com o controle constante da HAS e do DM, reduzir as taxas de internações hospitalares e mortalidade por essas doenças.⁷⁻⁸

Entende-se que o DM é uma doença antiga, com fisiopatologia bem estabelecida e muitos fatores desencadeantes evitáveis, que, mesmo assim, permanece como uma epidemia global, sendo umas das quatro DCNT prioritárias direcionadas à ação dos líderes mundiais. Atingiu-se, em 2015, por essa condição de saúde, aproximadamente 14,3 milhões de brasileiros, não obstante, a previsão para 2040 é de 23,3 milhões de portadores.⁹⁻¹⁰

Provoca-se o diabetes por uma desordem metabólica caracterizada pela produção inadequada de insulina pelo pâncreas, ou quando o corpo não pode usar satisfatoriamente a insulina produzida. Têm-se tanto a incidência quanto a prevalência de diabetes aumentado continuamente nas últimas décadas.¹¹

Acarreta-se o diabetes tipo 1, também chamado de insulino dependente, pela deficiência de produção de insulina. Precisam-se os pacientes, assim, de injeções diárias do hormônio. Ocasionalmente o diabetes tipo 2 pela resistência de tecidos e células à ação da insulina, o que acarreta a elevação da glicose no sangue.^{9,11}

Pontua-se que o diabetes é uma doença com expressiva morbidade e mortalidade, pois, se não for bem controlado, pode causar obesidade, eventos cardiovasculares (CV), catarata, cegueira, insuficiência renal, disfunção erétil, doença hepática gordurosa não alcoólica, amputação de membros inferiores, ainda complicações na gravidez e aumentar o risco de doenças infecciosas, como tuberculose e várias outras consequências em longo prazo que afetam substancialmente a qualidade de vida.¹¹

Registraram-se, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2017, no Brasil, cerca de 142 mil mortes causadas pela HAS ou causas atribuíveis a essa condição de saúde. Explica-se que a HAS é uma condição clínica ocasionada por inúmeros fatores, caracterizando-se por níveis persistentes iguais ou superiores a 14 por nove (140mmHg X 90mmHg) de Pressão Arterial (PA).¹²⁻³

Associa-se a HAS frequentemente a efeitos deletérios à saúde humana, modificações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo, como a síndrome metabólica, doenças cardiovasculares, DRC, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca e doença coronária e DM, com consequente aumento de riscos não fatais.¹³

OBJETIVO

- Descrever as características clínicas da clientela com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus associado acompanhada pelo sistema Hiperdia em uma Estratégia Saúde da Família, relacionando com variáveis sociodemográficas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal. Incluiu-se no estudo a população de hipertensos e diabetes associado cadastrada em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) Escola em um município do interior de Minas Gerais que atende cerca de 2.250 pessoas.

Elencaram-se como critérios de inclusão hipertensos com diabetes associado cadastrados e

acompanhados no sistema Hiperdia da ESF e aceitar participar da pesquisa, com aquiescência e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se pacientes que apresentavam apenas diabetes; apenas hipertensão; pacientes impossibilitados de responder ao questionário e aqueles que se recusaram a participar do estudo.

Utilizou-se, para a coleta de dados, um questionário estruturado de forma a desvelar os hábitos alimentares, vícios, frequência de idas ao posto de ESF, idade, escolaridade, uso de medicamentos, tabagismo, qualidade do sono, crenças e religiosidade, frequência de atividades físicas e condições socioeconômicas, entre outras variáveis.

Informaram-se os sujeitos de estudo sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como sobre seus direitos de não aceitar participar, do sigilo e anonimato, de retirar seu consentimento a qualquer momento e de terem respondidas suas dúvidas sobre o estudo pelos pesquisadores. Assinou-se, por aqueles que aceitaram participar, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e eles receberam uma cópia do documento.

Cadastraram-se, diante do levantamento de dados, 339 hipertensos, 106 diabéticos e 67 pessoas com HAS associada ao DM. Aponta-se, como limitação do estudo, uma reduzida amostra de participantes, e esse fator foi decorrente do número restrito de hipertensos com diabetes

associado, bem como pelas perdas amostrais. Deram-se as perdas amostrais em virtude de recusa em responder ao questionário, ausência no domicílio após três tentativas de visita e incapacidades limitantes como acidente vascular encefálico com sequelas fonoaudiológicas, Alzheimer e demência senil. Compôs-se, desse modo, a amostra por 20 pacientes.

Consolidaram-se e estruturaram-se os dados levantados em um banco de dados. Utilizou-se, também, o programa *Microsoft Office Excel 2007*® durante a criação e análise do banco de dados.

Aprovou-se este estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, conforme o CAAE nº 81340117.3.0000.5112.

RESULTADOS

Evidencia-se, na amostra de 20 indivíduos, na tabela 1, o sexo feminino como o mais prevalente (70%), com a faixa etária mais frequente de 60 a 71 anos, representada por 40% dos entrevistados, sendo que 80% tinham mais de 60 anos de idade, ou seja, havia um grande percentual de idosos. Prevaleram-se, também, a cor branca e a baixa escolaridade. Observou-se, quanto à distribuição de renda, uma variação em que aproximadamente 50% representaram receber de menos de um salário a até dois salários mínimos, e os outros 50% afirmaram receber de dois a mais de três salários.

Tabela 1. Relação da distribuição das variáveis sociodemográficas. Passos (MG), Brasil, 2018. n=20.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	6	30
Feminino	14	70
Idade		
< 50	1	5
50 a 65	5	25
66 a 75	5	25
76 a 85	8	40
85 a 95	1	5
Raça/Cor		
Branco	15	75
Negro	3	15
Pardo	2	10
Amarelo	0	0
Situação Conjugal		
Solteiro (a)	4	20
União Estável	8	40
Divorciado/Separado (a)	2	10
Viúvo (a)	6	30
Escolaridade		
Nunca estudou	0	0
Pré-escola	2	10
Ensino fundamental	12	60
Ensino médio	2	10
Ensino superior	4	20
Renda		
< que 1 salário mínimo	4	20
1 até 2 salários mínimos	5	25
2 até 3 salários mínimos	6	30
> de 3 salários mínimos	5	25

Verifica-se, na tabela 2, que mais da metade dos entrevistados possui plano de saúde; 65% nunca participaram de alguma atividade de educação em saúde disponibilizada pela ESF. Realiza-se, por todos os pacientes, terapia

medicamentosa, embora 15% abordaram sobre se esquecerem de tomar os medicamentos diariamente e 85% afirmaram realizar consultas médicas dentro de um período de seis meses.

Tabela 2. Relação da distribuição das variáveis sobre utilização de serviços de saúde. Passos (MG), Brasil, 2018. n=20.

Variáveis	n	%
Tipo de serviço de saúde que utiliza		
SUS e privado	11	55
Apenas o SUS	9	45
Realiza terapia medicamentosa		
Sim	20	100
Não	0	0
Se sim		
Uso regular	17	85
Uso Irregular	3	15
Frequência de consulta médica		
Mensalmente	6	30
Entre 2 a 3 meses	5	25
Entre 4 a 6 meses	6	30
Entre 7 meses a 1 ano	2	10
Exporadicamente	1	5
Histórico familiar de hipertensão e/ou diabetes		
Sim	14	70
Não	6	30
Diagnóstico médico de doença cardiovascular		
Sim	6	30
Não	14	70
Tempo de diagnóstico de HAS e/ou DM		
< ou igual a 5 anos	4	20
> que 5 anos	16	80
Possuía informação sobre a doença antes do diagnóstico		
Sim	4	20
Não	16	80
Participação de atividade educativa desenvolvida pela ESF		
Nunca	13	65
1 vez	4	20
2 ou mais vezes	3	15

Averigua-se, na tabela 3, que 65% dos pacientes apresentam mais de seis horas diárias de sono; dentre outras variáveis, apesar de 90% considerarem-se religiosos e 95% acreditarem que possuir uma religião é um fator importante ou

muito importante na vida de uma pessoa, 45% dos entrevistados afirmaram frequentar um templo religioso apenas esporadicamente devido à dificuldade de se locomover fora de seus domicílios.

Tabela 3. Relação da distribuição das variáveis relacionadas ao sono, terapia farmacológica, dentre outras. Passos (MG), Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Sono diário		
1 a 2 horas diárias	1	5
3 a 5 horas diárias	6	30
6 a 8 horas diárias	9	45
> de 9 horas diárias	4	20
Apresenta distúrbio do sono		
Sim	10	50
Não	10	50
Uso de medicamento para dormir		
Sim	8	40
Não	12	60
Uso de medicamento para depressão		
Sim	6	30
Não	14	70
Considera-se uma pessoa religiosa		
Sim	18	90
Não	2	10
Frequenta grupo religioso/templo/lugar de oração		
1 ou mais vezes por semana	9	45
1 ou mais vezes por mês	2	10
1 vez ao ano	1	5
Nunca	8	40
Qual a importância da religião/espiritualidade		
Não é importante	1	5

Pouco importante	0	0
Importante	6	30
Muito importante	13	65
Considera-se ansioso		
Sim	13	65
Não	7	35
Sente-se estressado com frequência		
Sim	11	55
Não	9	45
Acredita que o estresse, a insônia e a ansiedade podem alterar a PA e/ou a glicemia		
Sim	11	55
Não	9	45

Observa-se, na tabela 4, que apenas 15% dos entrevistados ingerem bebida alcoólica de duas a mais de seis vezes por semana; a mesma porcentagem, 15%, representa o número de indivíduos que possuem o hábito tabagista.

Ressalta-se que 85% realizam apenas três refeições diárias, sendo que 60% não consomem frutas e verduras diariamente e mais da metade não controla a ingestão de sódio e de açúcares.

Tabela 4. Relação da distribuição das variáveis relacionadas a dietas e aos fatores de risco. Passos (MG), Brasil, 2018. n=20.

Variáveis	n	%
Ingestão de bebida alcoólica		
Nenhuma	13	65
1 vez por semana	4	20
2 até <4 mais vezes por semana	2	10
4 a <6 vezes por semana	1	5
Diariamente	0	0
Hábito tabagista atual		
Sim	3	15
Não	17	85
Quantidade de consumo de tabaco		
< 1 maço-ano	0	0
1 até < 20 maços-ano	2	67
20 até <40 maços-ano	1	33
Número de refeições diárias		
1	0	0
2	10	50
3	7	35
4 ou mais	3	15
Consumo de frutas, verduras e legumes		
Diariamente	8	40
Semanalmente	4	20
Mensalmente	2	10
Raramente	6	30
Consumo de carne com gordura visível		
Diariamente	4	20
Semanalmente	2	10
Mensalmente	3	15
Raramente	11	55
Controla a ingestão de sal, açúcar, embutidos e refrigerantes		
Sim	7	35
Não	13	65
Que importância atribui à dieta sem sal e/ou açúcar		
Importante	7	35
Muito importante	12	60
Não importante	1	5

Nota-se, na tabela 5, que 65% assistem de uma a três horas de televisão diariamente, sendo que um número ainda maior de 85% representa aqueles

que não praticam nenhuma atividade física de, pelo menos, 30 minutos contínuos.

Tabela 5. Relação da distribuição das variáveis relacionadas aos fatores de risco. Passos (MG) 2018. n=20.

Variáveis	n	%
Horas que assiste à televisão por dia		
Não assiste ou < 1 hora	2	35
1 até < 3 horas	8	40
< que 3 horas	5	25
Prática de atividade física regular		
Não pratica	17	85
Atividade física leve	3	15
Atividade física vigorosa	0	0
Considera-se acima do peso médio/ideal		
Sim	10	50
Não	10	50
Já ouviu falar do programa academia popular ao ar livre		
Sim	11	55
Não	9	45
Já fez uso de academia popular		
Sim	1	5
Não	19	95
Após o diagnóstico da hipertensão ou diabetes, percebeu mudança em seus hábitos de vida		
Sim	12	60
Não	8	40
Como avalia sua saúde		
Boa	8	40
Ruim	12	60
Principal meio de lazer		
Aparelhos eletrônicos (celular, computador, videogame, tablets, e outros).	2	10
Livros, jornais e revistas	3	15
Artesanato	1	5
Televisão e/ou rádio	8	40
Grupos comunitários (religiosos, socioculturais, políticos e esportivos)	6	30

DISCUSSÃO

Descrevem-se largamente as diversidades sociais nas condições de saúde dos idosos brasileiros (60 anos ou mais). Atingem-se, pela DCNT, pessoas de todas as classes socioeconômicas e, de forma mais acentuada, grupos de vulnerabilidade, como os de baixa renda e escolaridade, aumentando ainda mais a pobreza dos que são diagnosticados em virtude das incapacidades, limitações e redução da força de trabalho.¹⁴⁻⁵

Observa-se, neste estudo, a prevalência do sexo feminino, em idade avançada, dentre os portadores de HAS e DM, o que é considerado compatível com outros achados da literatura.^{14,16-7} Percebe-se que as mulheres têm uma maior propensão ao autocuidado e a realizar consultas de rotina e que os horários de atendimento disponibilizados pelos serviços de saúde dificultam a presença dos homens às consultas e que também as campanhas de saúde geralmente não têm enfoque nessa parcela da população;¹⁸ além disso, há estereótipos sociais de que os homens são seres invulneráveis e práticas de autocuidado são vistas, por eles, como fraqueza e insegurança.¹⁸

Pontua-se que há uma correlação direta e linear entre a idade e a PA, sendo o predomínio de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade. Apresenta-se, por esse grupo

etário, também, maior chance para desenvolver um evento CV.¹⁶

Revela-se, também, que a baixa escolaridade foi demonstrada em diversas pesquisas, tendo em vista que 70% dos usuários frequentaram até o Ensino Fundamental ou o equivalente em aulas domiciliares com professores particulares. Acrescenta-se que a escolaridade é um determinante fortemente associado às questões relacionadas à saúde e doença dos idosos. Explica-se que, no Brasil, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.¹⁶ Decorre-se esse fator da falta de acesso à oportunidade no decorrer da vida, da dificuldade de adesão ao tratamento, da execução efetiva das orientações e da compreensão da relevância da adoção de hábitos de vida mais saudáveis; além disso, indivíduos que estudaram menos e têm DCNT também possuem maior probabilidade de abandonar atividades por motivo de saúde e maior índice de consulta médica.^{14,17-8}

Verificou-se que 85% dos entrevistados realizam, pelo menos, quatro consultas médicas em um período de seis meses. Apontaram-se, por estudos, alguns fatores que definem o maior contato com a unidade de saúde, como a cultura da família, condições demográficas e econômicas como condições de moradia, renda familiar, idade, sexo e escolaridade do chefe da família. Entendem-se por determinantes da procura por um serviço de saúde fatores como a busca pela

saúde, a pré-existência de doença, a urgência e a gravidade da enfermidade e, ainda, a oferta disponível de serviços.¹⁹

Torna-se um maior contato com a unidade de saúde imprescindível para o controle do acompanhamento de indivíduos com HAS ou DM, verificar periodicamente níveis pressóricos ou metabólicos, buscar melhores estratégias de tratamento, aguçar comportamentos mais saudáveis e de autocuidado, assim como o encaminhamento a outros especialistas.¹⁹

Observou-se, em relação à prevalência da cor branca, que essa variável diferiu de vários estudos^{16,17,20} e esse achado pode justificar-se em virtude de o estudo ter sido realizado na região Sudeste do país onde, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 64% da população é de cor branca, seguida 28,4% de cor parda.

Encontrava-se a maioria dos pacientes em união estável, o que é um fator facilitador à adesão dos pacientes ao tratamento em decorrência do envolvimento do cônjuge, que contribui para a manutenção e cuidados de doenças, como aferir os níveis pressóricos, medir as taxas de açúcar no sangue ou até mesmo em lembrar de tomar os medicamentos.¹⁶

Determina-se, em relação à classe econômica, quanto a uma população de baixa renda, que a necessidade de comprar os medicamentos pode influenciar negativamente no orçamento familiar e, dessa maneira, ser um fator de baixa adesão aos tratamentos de saúde.¹⁶

Realiza-se, por todos os participantes do estudo, terapia medicamentosa, o que corrobora os estudos encontrados na literatura; a terapia medicamentosa, apesar de não ser uma medida exclusiva de tratamento, é um dos componentes importantes para o controle dos portadores de HAS e DM.¹⁸

Indica-se que, apesar de 70% dos entrevistados terem histórico familiar de HAS ou DM, 80% afirmaram não possuir informações da doença antes do diagnóstico, sendo que a maioria nunca participou de alguma atividade educativa desenvolvida pela ESF. Sabe-se que existem evidências de variações sobre como os pacientes usufruem do serviço de saúde, dependendo da região do país. Evidenciou-se, também, em estudos realizados nas regiões Nordeste e Sudeste, baixa adesão dos pacientes a programas educacionais de prevenção. Apontou-se, pela literatura, que há uma melhor cobertura de saúde a indivíduos que possuem plano privado de saúde, entretanto, nem mesmo esses apresentaram cuidados de alta qualidade correlacionados à HAS.¹⁵

Afirmou-se, por metade dos pacientes, apresentar algum distúrbio do sono, sendo que,

em pacientes hipertensos, a prevalência da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é mais comum do que a verificada na população de um modo geral, e há indicativos de que seu diagnóstico está associado concomitantemente com a HAS.²¹

Salienta-se que a depressão é uma doença que está, também, em crescente avanço no Brasil e esteve presente em 30% dos entrevistados, o que se enquadra como um fator desfavorável ao controle das doenças crônicas. Demonstrou-se, em estudos, que, em pessoas que possuem mais de uma DCNT, a depressão pode ser até duas vezes mais incidente. Pode-se, por essa condição de saúde mental, predispor o indivíduo a determinadas doenças devido às mudanças hormonais e fisiológicas ocorridas no organismo. Descreeveram-se relatos de episódios depressivos com diminuição da variabilidade da frequência cardíaca, níveis elevados de cortisol, além de impacto no sistema nervoso autônomo, no metabolismo celular e no eixo hipotálamo-pituitária.¹⁸

Considerou-se uma pessoa religiosa por quase a totalidade dos entrevistados, e um estudo realizado com portadores de Doença Renal Crônica (DRC) afirmou que ter uma religião está associado à felicidade, melhor bem-estar e saúde física, otimismo, taxas mais baixas de depressão, suicídio, uso/abuso de substâncias e mortalidade geral, além de melhor adaptação às doenças crônicas e percepção diminuída de impacto negativo da doença, ou seja: um fator relevante para a melhoria da qualidade de vida.²²

Mostra-se que, apesar disso, 55% dos entrevistados afirmaram frequentar um templo religioso apenas esporadicamente devido à dificuldade de se locomover fora de seus domicílios; todavia, crenças e práticas religiosas constituem poderosas fontes de apoio social. Apontou-se, por um mesmo achado na literatura, o mesmo de seus participantes, já em idade avançada e com a presença de comorbidades, muitas vezes, dependentes de ônibus ou de amigos e familiares que possam os levar, inviabilizando a assiduidade aos serviços religiosos, em geral, localizados longe de suas moradias. Associou-se a frequência religiosa semanal à menor prevalência de hipertensão e até mesmo à diminuição da pressão diastólica ao se equiparar com participantes que não frequentavam serviços religiosos. Afirmou-se, também, além disso, por estudos, que a relação entre religiosidade e espiritualidade traz benefícios clínicos e laboratoriais, incluindo a diminuição das taxas de cortisol e mortalidade.²³

Constata-se, nas questões relacionadas à ansiedade e ao estresse, que mais da metade dos pacientes afirmou passar por esses sentimentos frequentemente e 55% acreditam que o estresse, a

insônia e a ansiedade podem alterar a PA e/ou a glicemia. Apontou-se, por achados da literatura, que sentimentos, como ansiedade e preocupação, são motivos significantes para o descontrole da PA e da glicemia. Associou-se, além disso, a sensibilidade alta à ansiedade fortemente ao abandono da medicação para a HAS.²⁴

Examina-se que a bebida alcoólica e o hábito tabagista tiveram uma menor prevalência, o que corrobora outras pesquisas. Ressalta-se que se incluem como fatores de risco modificáveis as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, o consumo elevado de sal e o álcool. Apontou-se, pela literatura, que o hábito de fumar cigarros influencia, de forma significativa, a PA média, e isso porque o cigarro provoca a elevação da PA por meio da nicotina.^{16,20}

Acentua-se, no que tange à alimentação, que há controvérsias, pois, em outros estudos, a maioria dos participantes alimentou-se de frutas/legumes todos os dias. Desempenha-se, pela dieta, um papel importante não apenas no controle da HAS, como na diminuição da hipercolesterolemia, DM e obesidade. Lembra-se que o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de DCNT 2013-2020 determina, entre outras intervenções, reduzir sal, açúcar e gorduras trans e gorduras saturadas nos alimentos.^{16,20,4}

Destaca-se, em relação às variáveis relacionadas à prática de atividade física, que 85% dos pacientes referiram não praticar atividade física regular e metade dos participantes afirmou considerar-se acima do peso. Corroboram-se, por esses achados, os de outras pesquisas onde mais da metade (235=70,4%) não realizava alguma atividade física e, em outro, mostrou-se que somente 14,52% dos indivíduos referiram praticar atividade física regularmente; além disso, um Índice de Massa Corporal (IMC) acima da normalidade é atribuído à maior propensão de adquirir doenças cardiovasculares.^{16,20}

Considera-se a atividade física de forma regular um fator de proteção à saúde, enquanto, que a vida sedentária é o quarto maior fator de risco de mortalidade global. Tem-se a prática constante de exercícios físicos como de extrema importância no controle do diabetes porque permite o aumento dos receptores celulares de insulina e diminui a glicemia. Atua-se a atividade física, adicionalmente, também no controle da PA e na redução do risco evento CV.^{17,25}

Alerta-se que, apesar de 55% dos pacientes conhecerem o programa de academia popular ao ar livre, apenas 5% já fizeram o uso desse recurso. Sugeriu-se, por evidências de estudos epidemiológicos, que o diabetes também é um fator de risco para limitações funcionais e incapacidade em idosos. Pode-se explicar essa relação por uma hipótese de que o diabetes tem sido associado a um declínio mais rápido da função

cognitiva, bem como ao aumento da incidência de quedas; além disso, a hiperglicemia crônica é um indicador de diabetes e está associada à fraqueza muscular, o que pode causar dificuldades na realização das atividades diárias.²⁶

Aumenta-se, pela obesidade, o risco de desenvolvimento de comorbidades, como doenças gastrintestinais, pulmonares, musculoesqueléticas, cardiovasculares, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico e doenças no sistema reprodutivo e trato urinário feminino, HAS e DM.¹⁸

Acredita-se que a autoavaliação do estado de saúde é um indicativo de mensuração e monitoramento do estado de saúde de indivíduos que vem sendo utilizado em diversas análises sobre morbidade e mortalidade. Pode-se a autopercepção ser uma ferramenta utilizada para a melhoria de condições de saúde e acesso aos serviços de saúde. Realizou-se, neste estudo, apenas um simples questionamento sobre a percepção de saúde, entretanto, 60% dos entrevistados avaliaram sua saúde como ruim. Podem-se atribuir, como nesses estudos, alguns aspectos, como a presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais, que acabam por arremeter sentimentos de insegurança e fragilidade. Acrescenta-se o conceito de saúde negativa ou positiva no que diz respeito aos aspectos físicos, sociais e psicológicos: o primeiro relacionado à morbidade e à mortalidade e o segundo pela capacidade de apreciar a vida e de superar os desafios do dia a dia.²⁷

Salienta-se, referente ao principal meio de lazer, que o hábito de assistir à televisão por períodos prolongados encontra-se entre as causas centrais para o desenvolvimento de diversas DCNT, como a HAS, a dislipidemia e o DM tipo 2.²⁸

CONCLUSÃO

Considera-se, portanto, que o estudo caracterizou o perfil dos hipertensos com diabetes associado nessa unidade da ESF. Verificou-se que os sujeitos são predominantemente do sexo feminino, idosas, brancas e com baixa escolaridade, o que está de acordo com os estudos publicados na literatura nacional e internacional. Destaca-se que os achados deste estudo reiteram a importância do monitoramento das DCNT e dos fatores de risco e proteção.

Sugere-se a implementação de ações de educação em saúde, que visem a alcançar essa população, abordando suas limitações e barreiras físicas e mentais, buscando também a adesão do sexo masculino às atividades a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Espera-se que este estudo possa suscitar novas investigações que visem a caracterizar o perfil e que busquem novas alternativas para deter a

epidemia de HAS e DM. Avança-se, além disso, por este estudo, na perspectiva multidimensional da atenção à saúde, pois engloba variáveis para além da doença.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), Edital 08/2018.

AGRADECIMENTOS

A direção da unidade da ESF Escola por permitir que essa investigação fosse realizada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>
2. Nações Unidas Brasil. Doenças crônicas não transmissíveis matam 41 milhões de pessoas no mundo [Internet]. Brasília: Nações Unidas; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://nacoesunidas.org/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-matam-41-milhoes-de-pessoas-mundo/>
3. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839
4. World Health Organization. Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de DNTs 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2019 Aug 10]. https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
5. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Aug 10]. <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>
6. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza, MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019 Apr; 22:e190030. DOI: [10.1590/1980-549720190030](https://doi.org/10.1590/1980-549720190030)

7. Mota TA, Alves MB, Silva VA, Oliveira FA, Brito PMC, Silva RS. Factors associated with the functional capacity of elderly individuals with hypertension and/or diabetes mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2019 Nov;24(1):e20190089. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2019-0089](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0089)
8. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. HIPERDIA: Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060304>
9. Mega TP. Diabetes melito: ainda a questão da insulina? [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2016 [cited 2019 Sept 02];1(19). Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-%20uso-racional-medicamentos-284&alias=1547-diabetes-melito-ainda-a-questao-da-insulina-%207&Itemid=965
10. Oliveira JEP, Foss-Freitas MC, Montenegro Júnior RM, Vencio S. (organizadores). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2017 [cited 2019 Dec 28]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
11. World Health Organization. Classification of diabetes mellitus [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/classification-of-diabetes-mellitus>
12. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2007 Sept [cited 2018 Aug 10];89(3):1-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>
14. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalence of concomitant hypertension and diabetes in Brazilian older adults: individual and contextual inequalities. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Nov;23(11):3829-40. DOI: [10.1590/1413-812320182311.29662016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016)
15. Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Loyola Filho AI, Souza Junior PRB, Andrade FB, *et al.* Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2018;52 Suppl 2:13s. DOI: [10.11606/s1518-8787.2018052000646](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000646)

16. Freitas LC, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EBS, Xavier NF, Lemos ELC, *et al.* Profile of hypertensive patients from Family Health Unit of Cidade Nova 8, city of Ananindeua-Pará, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2012 Jan/Mar [cited 2019 Nov 13];7(22):13-9. Available from:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/288/452>

17. Ferreira RC, Padilha BM, Pedrosa YESS, Ferreira RB, Cabral PC, Vasconcelos SML. Clinical and epidemiological profile of hypertensive patients at the primary health care level in the state of Alagoas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2017;50(6):349-57. DOI: [10.11606/issn.2176-7262.v50i6p349-357](https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i6p349-357)

18. Sousa Neto CT, Almeida ANG. Socioeconomic and epidemiological profile of patients with hypertension and diabetes in Riacho Fundo II - DF. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 10];29(1):15-22. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/perfil_socioeconomico_epidemiologico.pdf

19. Stopa SR, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Health services utilization to control arterial hypertension and diabetes mellitus in the city of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2019 Dec; 22: e190057. DOI: [10.1590/1980-549720190057](https://doi.org/10.1590/1980-549720190057)

20. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Profile of hypertensive patients in a family health unit. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2019 Oct 12];17(3):383-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a15.pdf>

21. Hanus JS, Amboni G, Rosa MI, Ceretta LB, Tuon L. The quality and characteristics of sleep of hypertensive patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 July/Aug;49(4):594-99. DOI:

22. [10.1590/S0080-623420150000400009](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400009)

23. Siqueira J, Fernandes NM, Moreira-Almeida A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *J Bras Nefrol*. 2019 Jan/Mar;41(1):22-8. DOI: [10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096](https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096)

24. Silva CF, Borges FR, Avelino CCV, Miarelli AVTC, Vieira GIA, Goyatá SLT. Spirituality and religiosity in patients with systemic arterial hypertension. *Rev Bioét*. 2016 May/Aug;24(2):332-43. DOI: [10.1590/1983-80422016242134](https://doi.org/10.1590/1983-80422016242134).

25. Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SMF. Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: feelings and behaviors. *Rev Bras Enferm*. 2019 Feb;72(1):102-10. DOI: [10.1590/0034-7167-2016-0500](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0500)

26. Tiete AVCC, Mascarenhas LPG, Souza WC. The importance of physical activity for patients with Diabetes Mellitus. *Rev CPAQV*. 2015;7(1):1-8. Available from: <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs->

[2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=62&path%5B%5D=55](https://doi.org/10.1590/1980-0037.2019v21e55149)

27. Martinez EZ, Silva AS, Franco LJ, Santos SF, Terada NAY, Zucoloto ML. Association between diabetes, hypertension, activities of daily living and physical activity among elderly users of primary healthcare facilities. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2019 Aug;21:e55149. DOI: [10.1590/1980-0037.2019v21e55149](https://doi.org/10.1590/1980-0037.2019v21e55149)

28. Dresch FK, Barcelos ARG, Cunha GL, Santos GA. Auto perceived health condition and prevalence of chronic diseases nontransmissible in elderly family health strategy. *Conhecimento Online*. 2017 July/Dec;9(2):118-27. DOI: [10.25112/rco.v2i0.1183](https://doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183)

29. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2019 Dec 10]. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=CB7199DB2D6CC05A7AD3BF936956EE7B?sequence=1

Correspondência

Fernanda Lara Pereira de Souza
E-mail: nandalara.ns@gmail.com

Submissão: 28/01/2020

Aceito: 11/04/2020

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>