

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO  
PATROCÍNIO  
ADRIANA DE FÁTIMA MARTINS**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE  
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DE MINAS  
GERAIS**

**PATROCÍNIO – MG  
2017**

**ADRIANA DE FÁTIMA MARTINS**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE  
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DE MINAS  
GERAIS**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário do Cerrado – UNICERP como  
requisito para elaboração do Trabalho de  
Conclusão de Curso de Enfermagem –  
Bacharelado.

Orientadora: Profa. Ma. Juliana Gonçalves  
Silva de Mattos

**PATROCÍNIO – MG  
2017**

## FICHA CATOLOGRÁFICA

MARTINS, Adriana de Fátima.

Perfil sociodemográfico e epidemiológico de hipertensos e diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no Interior de Minas Gerais / Adriana de Fátima Martins. – Patrocínio: UNICERP – 2017, 46 p.

Trabalho de conclusão de curso – UNICERP – Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – Graduação em Enfermagem.

Orientadora Profa. Me. Juliana Gonçalves Silva de Mattos.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Diabetes Mellitus. 3. Estratégia da Saúde da Família. 4. Enfermagem.



**Centro Universitário do Cerrado de Patrocínio**

**Curso de Graduação em Enfermagem**

Monografia intitulada “*Perfil sociodemográfico e epidemiológico de hipertensos e diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no Interior de Minas Gerais*”, de autoria da graduanda Adriana de Fátima Martins aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profa. Me. Juliana Gonçalves Silva de Mattos - Orientadora

Instituição UNICERP

---

Professor(a)

Instituição UNICERP

---

Professor(a)

Instituição UNICERP

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

Patrocínio, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

*DEDICO a Deus, a toda minha família, aos amigos que sempre me apoiaram e a todos os mestres do UNICERP que colaboraram para minha formação profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer primeiramente a DEUS pela minha vida, aos meus familiares em especial aos meus pais pelo grande apoio, a minha filha que mesmo ainda criança me deu tanta força, também aos familiares que cuidaram dela tão bem nos momentos que estive ausente, ao meu esposo por me ajudar tanto.

As grandes amigas Maria Abadia e Ana Paula pelo apoio, incentivo, que estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis.

A minha orientadora Juliana não tenho palavras para expressar minha gratidão por enriquecer tanto meu saber e compreender minha luta me esperando com as atividades, mesmo em última hora.

A professora Ângela Drummond pelos ensinamentos que contribuíram tanto para meu crescimento como pessoa e profissional.

A todos os professores pelo aprendizado adquirido no decorrer do curso.

Aos colegas de trabalho da UBS Dr José Wanderley por compreender minha ausência por necessidades do curso.

*"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível. " **Charles Chaplin***

## RESUMO

Com o passar dos anos a transição demográfica no país fez-se um fator relevante na alteração epidemiológica brasileira, tendo-se a diminuição da morbimortalidade e o surgimento das doenças crônicas degenerativas. Dentre elas, a hipertensão arterial (HAS) e o diabetes mellitus (DM) que são considerados grandes problemas de saúde pública. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes com diagnóstico concomitante de HAS e DM cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde Família de Serra do Salitre - Minas Gerais e analisar a associação entre os diagnósticos com o sedentarismo e o índice de Massa Corporal (IMC). Pesquisa descritiva, retrospectiva de delineamento transversal, realizado na UBS Dr. José Wanderley, localizado na cidade de Serra do Salitre com 73 pacientes cadastrados no Programa Hiperdia. Incluiu-se na pesquisa aqueles indivíduos com diagnóstico de HAS e DM, concomitantemente, maiores de 18 anos de idade, que fossem orientados em tempo e espaço, com capacidade real de mobilidade e raciocínio. A coleta de dados foi realizada no mês de Agosto de 2016, no domicílio dos pacientes identificados, após aprovação do projeto pela Secretaria de Saúde do Município e do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicerp. Aplicou-se um questionário sociodemográfico; fez-se a aferição da pressão arterial e verificou a glicemia capilar pós-prandial no momento da coleta de dados, assim como mediu-se o peso e a altura. Para identificar o nível de sedentarismo utilizou-se o questionário Internacional de Atividade Física, na versão curta (IPAQ). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva com o auxílio do software SPSS 17.0. Dos 73 participantes, a maioria era mulher (79,5%), com idade média de 64,5 anos, ( $\pm$  10,5). A maioria era casada (47,9%), com ensino fundamental incompleto (58,9%), com renda individual mensal e familiar entre 2,1 e cinco salários mínimos (58,9%; 72,6%), de cor branca (54,8%). Ao cálculo do IMC, 86,3% foram considerados sobrepeso/obesidade, hipertensos (53,4%) e hiperglicêmicos (57,5%) no momento da coleta de dados, mesmo aderindo ao tratamento farmacológico (100,0%). O tempo de tratamento medicamentoso entre os homens foi de dois a dez anos para a HAS (66,8%) e de 2,1 a cinco anos para o DM (40,0%), enquanto para as mulheres o tempo mais evidente foi de mais de 11 anos para a HAS (51,6%) e de dois a cinco anos para o DM (32,8%). Dos participantes, 69,9% afirmaram controlar a alimentação, com auxílio de nutricionistas (39,7%). Receberam orientações sobre uso de medicamentos e alimentação (78,1%) pelos profissionais de saúde, geralmente os médicos (69,9%). Quanto à prática da atividade física, 17,8% eram sedentários. Apesar do enfermeiro possuir um papel de relevância na atenção primária o mesmo não foi citado pelos participantes do estudo como orientadores quanto a HAS e DM. Sugere-se que haja uma maior interação entre a enfermagem e os paciente afim de promover um rastreamento e controle da pressão arterial e glicemia capilar para prevenir e/ou diagnosticar agravos de maneira precoce, evitando complicações futuras.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Estratégia da Saúde da Família. Enfermagem.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b>	Classificação do perfil sociodemográfico dos hipertensos/diabéticos. Serra do Salitre, MG, 2016.	<b>19</b>
<b>Tabela 02</b>	Classificação dos participantes quanto ao tempo de uso de medicamentos. Serra do Salitre, MG, 2016.	<b>20</b>
<b>Tabela 03</b>	Classificação do sedentarismo, segundo IPAQ. Serra do Salitre, MG, 2016.	<b>23</b>
<b>Tabela 04</b>	Matriz de correlação entre variáveis independentes e as dependentes.	<b>23</b>

## LISTA DE SIGAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica da Saúde
AF	Atividade Física
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV's	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Instrumento Internacional da Prática de Atividade Física
m <sup>2</sup>	Metros quadrados
Mg/dl	Miligramas por decilitro
mmHg	Milímetros de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa dos Agentes Comunitários da Saúde
RCQ	Relação Cintura/Quadril
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>01</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>02</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
2.1	Objetivo Geral	10
2.2	Objetivos Específicos	10
<b>03</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>11</b>
<b>04</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
4.1	Tipo de Pesquisa	14
4.2	Cenário do estudo	14
4.3	População e amostra	14
4.4	Crítérios de inclusão e exclusão	15
4.5	Técnica de coleta e obtenção de dados	15
4.6	Técnica de análise e tratamento dos dados	17
4.7	Considerações Éticas	17
<b>05</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>18</b>
<b>06</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>
	<b>APÊNDICES E ANEXOS</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As variações socioeconômicas que se passaram no Brasil no século XX foram responsáveis por transições relevantes no perfil das doenças (OLIVEIRA; 2010). A transição demográfica da época modificou os coeficientes de morbimortalidade, já que o estilo de vida urbano era divergente da vida rural que predominava (PONTE; 2009). A redução da fertilidade, o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas deram lugar às novas doenças, as crônicas não transmissíveis (DCNT), como o câncer, a hipertensão, o diabetes e as doenças cardiovasculares (BARRETO et al., 2001; VILA-NOVA, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais incidente na população (SBH, 2010), enquanto que o diabetes mellitus (DM) possui um perfil epidêmico mundial, com alta morbimortalidade (SBC, 2005). Ambas são consideradas problemas de saúde pública por desafiarem os conhecimentos e as ações de saúde para o combate dessas doenças.

Neste contexto, programas de saúde pública são implementados para auxiliar no controle dessas doenças. Um deles é o Programa Hiperdia que surge na intenção de cadastrar e acompanhar os pacientes com diagnósticos concomitantes de HAS e DM, além de garantir suporte específico aos pacientes vinculados às Unidades Básicas de Saúde e/ou Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) (SMSJ, 2010; VILA-NOVA, 2011).

Por meio desses dados cadastrados é possível traçar um perfil socioepidemiológico das doenças, que vem apresentando modificações que inspiraram uma reestruturação da assistência (PEREIRA, 2013; SMSJ, 2010). Além disso, o envelhecimento da população, a urbanização ascendente, o sedentarismo, as dietas inadequadas e a consequente obesidade são fatores que aumentam a prevalências da HAS e DM (SBH, 2010; VILA-NOVA, 2011).

Dessa forma, qual o perfil dos pacientes com diagnóstico concomitante de HAS e DM acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Serra do Salitre?

Acredita-se que esses pacientes da ESF Dr. José Wanderley em Serra do Salitre continuam apresentando fatores de risco alterados para esses dois diagnósticos, mesmo após cadastro no Programa Hiperdia, tratamento e monitoramento pela ESF.

Contudo, reconhecer o perfil das DCNT em diversas regiões do país faz-se importante para identificar a situação da saúde por regiões. Ainda, traçar este perfil no interior do país demonstra o poder das políticas públicas a nível municipal e auxilia na provisão de serviços e recursos para assistir os indivíduos.

Este estudo poderá contribuir na identificação da situação de saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos do município de Serra do Salitre, bem como propor uma reorganização dos serviços disponibilizados na atenção primária, a fim de verificar se as ações pautadas nas linhas Guias do Ministério da Saúde (MS) são capazes de atender as necessidades desse grupo, em específico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes com diagnóstico concomitante de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde Família de Serra do Salitre-MG.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. José Wanderley em Serra do Salitre, Minas Gerais.

Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes em relação à presença de fatores de risco como sedentarismo e obesidade, além da adesão ao tratamento medicamentoso e controle da alimentação.

Verificar a associação entre a HAS e o DM com o sobrepeso/obesidade e o sedentarismo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos anos o Brasil vem apresentando modificações no seu perfil de morbimortalidade devido às transformações sociodemográficas, epidemiológicas, políticas e culturais que acabam por influenciar diretamente no estilo de vida das pessoas. Como isso observa-se um aumento da longevidade (FAGUNDES, 2013), com a diminuição das mortes por doenças infectocontagiosas, mas com o aumento gradual das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, as dislipidemias, alguns tipos de câncer, a HAS e o DM (BRASIL, 2008, WHO, 2013). Essas patologias, quando associadas à obesidade, ao sedentarismo e a dislipidemia resultam em uma síndrome metabólica que também eleva esses índices de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (LLOYD-JONES; ADAMS; CARNETHON, 2009; SCHMIDT et al., 2009; ROSA, 2008).

O sobrepeso/obesidade, presente em 16,0% das mulheres e 5,6% dos homens em 2011 (BRASIL, 2011), é fator determinando para o desenvolvimento de DCNT. É consequência de uma má alimentação, de doenças metabólicas e do próprio sedentarismo. Atualmente há varias maneiras de se confirmar um caso de sobrepeso/obesidade. Contudo, os métodos mais utilizados ainda são o cálculo do índice de massa corporal (IMC), a relação das medidas da cintura e do quadril (RCQ) e as medidas das pregas cutâneas.

O sedentarismo, considerado doença do século, associa-se a um comportamento diário insuficiente quanto ao gasto energético e calórico, decorrente das facilidades da vida moderna. Influencia no aumento dos diagnósticos de doenças coronarianas, como a HAS e o DM, e é responsável por aproximadamente 3,2 milhões de mortes por ano (WHO, 2009). A prática regular de atividade física auxilia a perda de peso corporal por promover a redução e conservação e/ou aumento da massa magra, o que contribui de forma positiva na diminuição de doenças cardiovasculares (DCV's), que afetam o coração e os vasos sanguíneos causando obstrução do sangue, na maioria das vezes levando o indivíduo à morte (MATSUDO; MATSUDO, 2007).

É quase que fator comum preocupar-se com a prática de AF durante a manifestação de um problema de saúde ou no momento do processo de envelhecimento (BARNES et al., 2007). Discutir sobre a importância dessa prática cotidiana faz-se pertinente em tempos em que o sedentarismo destaca-se evidenciando problemas cardiovasculares (ANDRADA, 2014).

A HAS e o DM, considerados um grande problema de saúde pública mundial, devido sua relevância, está presente desde em países desenvolvidos como os menos desenvolvidos. Apresentam um alto custo socioeconômico, com impacto significativo no perfil de morbimortalidade das populações (BRASIL, 2006).

A HAS é uma doença crônica não transmissível que apresenta-se com taxas de morbimortalidade consideráveis no mundo (LLOYD-JONES; ADAMS; CARNETHON, 2009) e com baixas taxas de controle (SBC, 2007). É a primeira causa-morte direta e a terceira causa de incapacidades funcionais nos indivíduos, e estima-se um contingente de 35,0% da população brasileira. Proporcionalmente ao aumento da idade, pode-se chegar a 75,0% em indivíduos com idade superior a 70 anos (SBH, 2010). Em Minas Gerais 24,0% da população adulta apresenta-se hipertensos, ranqueando o estado como o segundo, no Brasil, em números de hipertensos (ANDRADE et al., 2015).

O DM, no mesmo sentido, está presente em 10,0% da população maior de 20 anos de idade (RODRIGUEZ, 2015), estimando-se que cerca de 23 milhões de brasileiros sejam diabéticos (SANTOS, 2013). A forma mais comum é o tipo 2 (DM2) que chega a 95,0% dos diagnósticos confirmados de DM. Reconhecida como uma epidemia, pois atinge cerca de 382 milhões de pessoas no mundo, deve atingir um contingente de mais de 500 milhões de pessoas em 2035 (REIS; MARINS, 2017).

Ambos requerem tratamento por toda a vida e mudança de estilo de vida. Podem gerar uma série de complicações severas, desde o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência renal crônica, até amputações de membros inferiores e cegueira (BRASIL, 2008). Esta associação exige que médicos e enfermeiros fiquem atentos, e trabalhem na tentativa de gerar um controle pressórico destes pacientes de forma terapêutica.

Ao se diagnosticar essas patologias, observa-se certo desinteresse quanto à forma de tratamento. A educação em saúde, neste cenário, apresenta os principais conceitos destinados

ao tratamento da HAS/DM pautados nos resultados que se resumem em mudanças da alimentação e na realização de AF frequente (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011). É na Atenção Básica em Saúde (ABS) que acontece o primeiro contato do paciente quanto à orientação, prevenção e tratamento das patologias (BRASIL, 2006). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por uma gama de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, devem promover a saúde da população, auxiliando e orientando quanto às boas práticas de saúde.

Nesse contexto, a enfermagem atua como promotora da saúde e do bem-estar biopsicosocial dos pacientes e familiares, principalmente quando se refere ao contexto saúde-doença pautados nos princípios éticos da profissão. Assim, os profissionais de saúde se deparam com um desafio a ser cumprido diante as propostas da promoção da saúde. Estabelecer as medidas que visam a redução do aparecimento das doenças crônicas, é papel essencial da equipe da enfermagem em razão do contato diário com os pacientes para a prestação dos cuidados fundamentais (SANTOS et al., 2012).

É de extrema importância que o enfermeiro possa identificar de forma objetiva através de dados socioeconômicos todos os fatores de risco que os pacientes podem apresentar, para acompanhá-lo durante todo o processo do seu tratamento (OLIVEIRA, 2010).

O trabalho da equipe de enfermagem vai muito além de assistir o paciente como um ser integral, pois o mesmo é dotado de uma cultura e religião específica, fazendo-se necessário que tanto os cuidados quanto o tratamento sejam completamente entendidos pelos pacientes e familiares, a fim de haver um comprometimento e adesão dos mesmos com o planejamento do cuidar/tratar. Assim é de fundamental importância que a saúde pública possibilite a criação de programas educativos para inserir todos os cuidados necessários no dia a dia (CARVALHO, 2012).

Tendo como base a assistência do enfermeiro no apoio, tratamento e acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, vê-se que há a necessidade da criação de programas que atendam às necessidades das pessoas sem instrução e/ou sem motivação para o sucesso de todo e quaisquer procedimentos. Estes devem visar um atendimento humanitário para a promoção da qualidade de vida através do controle da pressão arterial e da glicose dos pacientes (GALLANI, 2015).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Pesquisa descritiva, epidemiológica, retrospectiva de delineamento transversal. O estudo descritivo irá descrever o meio em que os indivíduos estão inseridos de acordo com as suas peculiaridades (GIL, 2002). A pesquisa quantitativa realiza-se pelo emprego de variáveis com análises estatística oriundas do processo de coleta dos dados na pesquisa, com o objetivo de garantir um resultado fidedigno quanto aos valores obtidos (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde Dr. José Wanderley, localizado na cidade de Serra do Salitre (mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba), com população estimada de 11.325 habitantes (IBGE, 2016).

### **4.3 População e Amostra**

Dos 92 pacientes cadastrados no Programa Hiperdia da Unidade de Saúde Dr. José Wanderley, 73 aceitaram participar da pesquisa.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Incluiu-se na pesquisa aqueles indivíduos com diagnóstico de HAS e DM, concomitantemente, maiores de 18 anos de idade, que fossem orientados em tempo e espaço, com capacidade real de mobilidade e raciocínio.

Excluiu-se os déficits cognitivos ou funcionais, que não assinaram o Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento (TCLE) (APÊNDICE A) e aqueles que não foram encontrados em casa no dia da coleta de dados.

#### **4.5 Técnicas de Coleta e Obtenção de dados**

A coleta de dados foi realizada no mês de Agosto de 2016, no domicílio dos pacientes após identificá-los nos cadastros da Unidade e agendar uma visita. Utilizou-se a técnica de entrevista, para maior fidedignidade das informações.

Verificou-se o peso, a altura, a pressão arterial e a glicemia capilar no momento da visita. Posteriormente calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e aplicou-se o questionário sociodemográfico (APÊNDICE B) e o questionário Internacional de Atividade Física, na sua versão curta (IPAQ) (ANEXO A).

O IMC é um índice adotado pela OMS no intuito de auxiliar no diagnóstico de sobrepeso e obesidade nas diversas etapas da vida a partir dos dois anos de idade (SBC, 2007). No entanto, alguns pontos são considerados falhos pelo IMC, como a superestimação da quantidade de gordura em pessoas que tenham grande parte do seu peso devido à massa muscular magra. Pessoas com elevada quantidade de massa muscular podem apresentar elevado IMC mesmo que a gordura corporal não seja excessiva (REZENDE et al., 2010).

O cálculo foi dado pela relação do peso e da altura ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ), onde quanto maior for o índice, maior é o risco de morte precoce, principalmente por doenças cardiovasculares (SILVA, 2013). Considera-se um indivíduo com sobrepeso/obesidade quando possuir  $IMC \geq 25$  até  $30,0\text{kg}/\text{m}^2$ .

A mortalidade por fatores cardiovasculares aumenta progressivamente com a incidência HAS. O excesso de consumo de sódio (sal) contribui para a ocorrência de HAS, obesidade, conseqüentemente complicando o sistema coronariano (SIMONE et al., 2006). Para a pressão arterial, considerou-se anormal (hipertensão) um valor acima de  $130 \times 85$  mmHg (SBC, 2007).

Para verificar o nível de açúcar no sangue, utilizou-se a técnica de verificação da glicemia capilar. É um procedimento que possibilita a análise do resultado do tratamento terapêutico, certificando se este está sendo satisfatório ou não. Além disso, contribui para a redução de possíveis situações de hipoglicemia ou hiperglicemia (VERAS et al.; 2014).

Classifica-se em glicemia capilar de jejum valores entre 70 a 99 mg/dL, onde considera-se o indivíduo em jejum num período entre oito e 12 horas. Já a glicemia pós-prandial, aquela onde se considera até duas horas após a alimentação, entre 70 e 140 mg/dL (SBD, 2016). Nesse estudo optou-se por considerar a glicemia pós-prandial devido ao horário da coleta de dados que sempre aconteceu após as 13 horas. Por não identificar ao certo o momento da última refeição do participante, resolveu-se considerar esta glicemia por evitar o viés de coleta de informação.

Para verificar o sedentarismo utilizou-se o instrumento IPAQ (versão curta). Este instrumento, já utilizado em várias outras pesquisas, passou por um processo de validação nacional e internacional (outros 12 países), e possui um ponto de corte para classificação de indivíduos sedentários ou não de 150 minutos por semana (KNUTH et al., 2009).

#### **4.6 Técnica de Análise e Tratamento dos Dados**

Os dados foram analisados quantitativamente por meio da análise descritiva (média, mediana, desvio padrão) e organizados em tabelas de contingência com distribuição das frequências simples e absolutas dos resultados encontrados.

#### **4.7 Considerações Éticas**

Este projeto foi submetido ao Secretário de Saúde do município de Serra do Salitre, sendo aprovado (ANEXO B). Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP) da instituição, sendo pautado na Resolução 466/12, garantindo privacidade e respeito aos seres humanos. O projeto, após o parecer do COEP, recebeu aprovação sob o número 20161450ENF005 (ANEXO C).

Ressalta-se que não há nada no projeto que prejudique a saúde ou cause algum tipo de dano aos participantes. Há também, para coleta de dados e análises, o respeito pelos participantes que, em quaisquer momentos, manifestarem a decisão de não mais participar da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reconhece-se, atualmente, um elevado número de indivíduos que possuem HAS e DM. A tendência é de crescimento desse índice, em especial na população brasileira (WHO, 2013). Por isso, vários estudos demonstram interesse em estudar os pacientes portadores de HAS e DM concomitantemente. Santos (2013) encontrou no seu estudo que 21,7% dos pacientes possuíam essa associação patológica, assim como em outros estudos realizados no Rio Grande do Sul/RS (18,2 em Herbal; 24,6% em Caxias do Sul; 31,3% em Pelotas) (OLIVEIRA; LANGE, 2011; FOLETTTO, 2009; LIMA et al., 2011).

Nesse estudo foram abordados 73 indivíduos que estavam de acordo com os critérios de inclusão do estudo, onde 20,5% eram do sexo masculino (n=15) e 79,5% feminino (n=58). Quanto à faixa etária as mulheres apresentaram maior intervalo de idade (37 a 84 anos;  $X=64,5$ ;  $\pm 10,5$ ) do que os homens (49 a 77 anos;  $x=62,8$ ;  $\pm 9,2$ ). As demais questões sociodemográficas estão apresentadas na TAB. 01.

A prevalência é mais elevada nas maiores faixas etárias onde os efeitos são mais acentuados (FONSECA et al., 2008). A faixa etária predominante de ambos os sexos nesse estudo foi de 60 a 69 anos de idade, corroborando com outros estudos (FRANCISCO et al., 2010; RECH; FILHO; MARTINS, 2012). Em 2011 o número de hipertensos no Brasil chegou a 17 milhões, estimativa de 35,0% da população brasileira acima de 40 anos de idade (BRASIL, 2011).

**Tabela 01** – Classificação do perfil sociodemográfico dos hipertensos/diabéticos. Serra do Salitre, MG, 2016.

		Participantes (n=73)	
		N (%)	
<b>Situação Conjugal</b>	Solteiro(a)	06 (08,2)	
	Casado(a)	35 (47,9)	
	União estável	08 (10,9)	
	Separado(a)	02 (02,7)	
	Divorciado(a)	06 (08,2)	
	Viúvo(a)	16 (21,9)	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	08 (10,9)	
	Fundamental Incompl	43 (58,9)	
	Fundamental Compl	10 (13,7)	
	Médio Incomp	01 (01,4)	
	Médio Compl	03 (04,1)	
	Superior Incomp	01 (01,4)	
	Superior Compl	07 (09,6)	
	<b>Renda Individual mensal*</b>	Sem ganhos	02 (02,7)
		Até 1 SM	03 (04,1)
De 1 a 2 SM		23 (31,5)	
De 2,1 a 5 SM		43 (58,9)	
De 5,1 a 10 SM		01 (01,4)	
Acima de 10 SM		01 (01,4)	
<b>Renda Familiar mensal*</b>	De 1 a 2 SM	17 (23,3)	
	De 2,1 a 5 SM	53 (72,6)	
	De 5,1 a 10 SM	02 (2,7)	
	Acima de 10 SM	01 (01,4)	

**Fonte:** Dados da pesquisadora. \*Salário mínimo brasileiro no período da coleta de dados era de R\$880,00.

Houve maior prevalência de mulheres casadas (47,9%), seguida das viúvas (21,9%), sendo que 58,9% possuem ensino fundamental incompleto, seguidos de fundamental completo (13,7%).

Ao correlacionar com a renda familiar mensal, observou que a tendência masculina de prover o sustento da família ainda prevaleceu mesmo não possuindo ganhos mensais superiores a cinco salários mínimos, ao passo que três mulheres (04,1%) possuem renda familiar mensal maiores que cinco salários mínimos. Talvez esse teto de renda masculina dá-se pelo fato de que apenas um homem possui ensino superior completo (01,4%). Quanto à escolaridade, nesse estudo o ensino fundamental incompleto foi o mais predominante (58,9%).

Autores que afirmam que as pessoas com melhor nível de escolaridade são mais expostas a mensagens de saúde, têm melhor apoio social, mais consciência de se manter saudável e acesso mais oportuno aos serviços de saúde (HAYES et al., 2011).

Verificou-se alguns dados antropométricos, como peso e altura para o cálculo do IMC, que estima os indivíduos em sobrepeso/obesidade. Nesse estudo considerou-se como fator de risco o fato de já estar em sobrepeso e em qualquer nível de obesidade ( $IMC \geq 25$  mg/dL). Observou-se que 86,30% dos participantes estavam com sobrepeso/obesidade.

A pressão arterial ( $PA > 130 \times 85$  mmHg) e a glicemia capilar (considerando valores da pós prandial  $\geq 140$  mg/dL) foram verificados no momento da coleta dos dados, identificando aqueles que encontravam-se alterados. Observou-se que 57,50% estavam com alterações na pressão arterial sistêmica e 53,40% com alterações na glicemia capilar pós-prandial.

As alterações de PA e de glicose, que foram coletadas no momento da entrevista podem ser explicadas pelo fator estresse/ansiedade em participar da pesquisa, a não utilização de medicamentos/dietas nas horas que antecederam a visita da pesquisadora ou até mesmo a não adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.

A taxa de adesão dos participantes ao tratamento medicamentoso foi de 100,0%, onde todos relataram utilizar os medicamentos. O tempo de uso dos fármacos está relatado na TAB. 02.

**Tabela 02**—Classificação dos participantes quanto ao tempo de uso de medicamentos. Serra do Salitre, MG, 2016.

		Tempo (homens)		Tempo (mulheres)	
		N	(%)	N	(%)
<b>Hipertensão</b>	<b>≤ 1 ano</b>	01	06,6	02	03,5
	<b>2 – 5 anos</b>	05	33,4	13	22,4
	<b>6 – 10 anos</b>	05	33,4	13	22,4
	<b>11 – 20 anos</b>	02	13,3	15	25,8
	<b>&gt;20 anos</b>	02	13,3	15	25,8
<b>Diabetes</b>	<b>≤ 1 ano</b>	01	06,6	06	10,3
	<b>2 – 5 anos</b>	06	40,0	19	32,8
	<b>6 – 10 anos</b>	02	13,3	17	29,3
	<b>11 – 20 anos</b>	02	13,3	11	19,0
	<b>&gt;20 anos</b>	04	26,8	05	08,6

**Fonte:** Dados da pesquisadora.

O tempo de tratamento medicamentoso entre os homens foi de dois a dez anos para a HAS (66,8%) e de dois a cinco anos para o DM (40,0%), fazendo o uso dos medicamentos desde o

início (93,3%). Para as mulheres o tempo mais evidente foi de mais de 11 anos para a HAS (51,6%) e de dois a cinco anos para o DM (32,8%), fazendo o uso dos medicamentos desde o início (96,6%). Ressalta-se que duas entrevistadas (03,4%) faziam uso de medicamentos para HAS e DM num tempo superior a 46 anos.

Estudo realizado no Brasil, intitulado como Projeto Corações do Brasil, identificou na população estudada que dos indivíduos que foram classificados como hipertensos, a grande maioria eram homens (60,0%) que não aderiram aos tratamentos indicados (48,1%) (NASCIMENTO NETO et al., 2000). Contudo, esses achados não são representativos para a realizada nacional, já que outros estudos identificaram que as mulheres são mais acometidas pela HAS, como no estudo de SCHIMIDT et al. (2009) e este próprio estudo (79,5% de mulheres).

A HAS e o DM, principalmente quando associadas, requerem assistências medicamentosas e não medicamentosas para que haja uma promoção da saúde dos acometidos. No presente estudo, observou-se que todos os participantes afirmaram fazer uso de medicamentos, num período entre dois e mais de 20 anos de idade.

Pesquisadores demonstram que ao sinal de quaisquer alterações nos fatores de risco cardiovasculares, se iniciados os tratamentos de forma adequada, tem-se uma melhora significativa, evitando a evolução das doenças de forma silenciosa (BARRETO et al., 2001).

A dificuldade no controle da HAS no Brasil pode ser justificado por ser uma doença assintomática, com baixa adesão ao tratamento não medicamentoso ou pela não regularidade do uso da medicação (SBH, 2010). Já a dificuldade no controle da DM pode estar relacionada a variáveis sociais, as modificações no âmbito emocional e as modificações psíquicas (MARTINS, 2014). Dada as complicações pelas patologias aumenta-se o número de internações hospitalares, justificando essa baixa adesão ao tratamento e a baixa qualidade de vida dos pacientes (WHO, 2009).

A baixa adesão pode ocorrer pela falta de conhecimento da gravidade dessas doenças, seguido pela falta de estímulo para o tratamento, por falta de sinais/sintomas aparentes, por crenças e tratamentos adesão a tratamentos alternativos, por esquecimento do uso das medicações e pela falta de relação interpessoal positiva com os profissionais de saúde (PIERIN; MION, 1994).

No presente estudo não foi encontrado uma baixa adesão. Um dos motivos pode ter sido a escolha da maneira de se realizar a coleta de dados, indagando os indivíduos e não observando sua rotina diária.

Com o envelhecimento da população e com a persistência em manter hábitos alimentares pouco saudáveis (ou não saudáveis) e não aderir a uma prática de atividades físicas regulares tendem a colaborar com o crescimento desses fatores de risco nos próximos anos (BRASIL, 2006). Dos participantes, 69,9% afirmaram fazer controle da alimentação, com auxílio de nutricionistas (39,7%). Ainda que recebem orientações sobre como tomar os remédios e alimentarem (78,1%) pelos profissionais de saúde, geralmente os médicos (69,9%).

Sabe-se da relevância dos profissionais de saúde na rede de atenção básica, principalmente nas estratégias de saúde da família onde esses desempenham papéis relevantes no controle das DCNT (OLIVEIRA, 2010). No caso do controle da HAS e do DM, o MS criou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de HAS e DM, dando maior atenção à rede primária, local este responsável por captar e monitorar os pacientes acometidos (BRASIL, 2008).

Os programas da ESF e PACS poderiam ser mais pontuais no monitoramento e assistência a esses pacientes, diminuindo os casos de admissão e readmissão na atenção terciária. Se os pacientes compreendessem a real importância de aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS e do DM haveria uma redução considerável das complicações e internações dos pacientes, que chegam a representar 42,0% dos motivos de procura dos serviços de urgência e emergência (OLIVEIRA, 2010).

Autores afirmam o efeito benéfico da AF como um fator de tratamento não medicamentoso, já que se reconhece a relação intrínseca entre a atividade física e as doenças crônicas não transmissíveis (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004). A TAB. 03 classifica os participantes segundo a prática regular de atividade física.

**Tabela 03** – Classificação do sedentarismo, segundo IPAQ. Serra do Salitre, MG, 2016.

	<b>Homens (15)</b>		<b>Mulheres (58) / (%)</b>		<b>Total (73)</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
<b>Sedentário</b>	02	13,3%	11	19,0%	13	17,8%
<b>Nível Moderado de AF</b>	00	00,0%	08	13,8%	08	10,9%
<b>Alto nível de AF</b>	13	86,6%	39	67,2%	52	71,2%

Fonte: Dados da pesquisadora.

Reconhece-se que aproximadamente 49,0% dos adultos não atingem os níveis considerados ideais de AF para a manutenção da qualidade de vida (BRASIL, 2011). Contudo, nesse estudo observou-se que apesar da idade dos participantes os mesmo possuem um esclarecimento significativo quanto à importância de se praticar atividade física regularmente como forma de auxiliar o tratamento de suas patologias.

Mesmo identificando os benefícios da prática regular da AF, muitos não a reconhecem como uma forma de tratamento não medicamentosa para as doenças crônicas não transmissíveis. Sua prática sistematizada diminui os índices de PA, controla os níveis glicêmicos e melhora a qualidade de vida das pessoas (UMPIERRE et al., 2011).

A maioria dos homens citou andar de bicicleta e caminhar como principais atividades físicas realizadas (17,8%), enquanto as mulheres citaram a hidroginástica, a caminhada e o pilates como fontes de movimento (57,5%). Em proporção, os homens são menos sedentários (13,3%) que as mulheres (19,0%). Mesmo sendo as mulheres que mais se preocupam com sua saúde e com a saúde da família, as mesmas acabam não conseguindo justificar a não adesão à prática de AF.

Sabe-se da relação existente entre a sobrepeso/obesidade e o sedentarismo com a hipertensão e o diabetes. Dessa forma, realizaram-se análises para verificar se, nesse estudo, as variáveis se influenciam (Tabela 04).

**Tabela 04** – Matriz de correlação entre variáveis independentes e as dependentes.

	<i>OBESIDADE</i>	<i>SEDENTARISMO</i>
HAS	0,348	0,119
DM	0,096	0,238

Correlação de Pearson.

Observou-se que nesse estudo não há associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre as variáveis dependentes (sobrepeso/obesidade e sedentarismo) e as independentes (HAS e

DM). Apesar de não haver associação relevante entre as variáveis sabe-se que existe uma relação intrínseca entre elas, pois quanto maior o IMC e o sedentarismo, maior o risco de HAS e DM nos grupos estudados.

## 6 CONCLUSÃO

Os objetivos desse estudo foram alcançados com sucesso. A maioria dos participantes era mulheres, na faixa etária entre 37 e 84 anos de idade, casadas, com ensino fundamental incompleto e renda individual/mensal entre 2,1 a cinco salários mínimos.

O índice de sobrepeso/obesidade nos participantes desse estudo foi consideravelmente alto, assim como as alterações na PA no momento da coleta de dados e na glicemia capilar pós-prandial no momento da coleta de dados. Todos afirmaram aderir aos tratamentos medicamentosos desde o início da descoberta das doenças; alguns afirmaram fazer controle da alimentação com auxílio de um nutricionista. O sedentarismo não foi predominante entre os participantes. Pode-se observar nesse estudo que não há associação estatisticamente significativa entre o sobrepeso/obesidade e o sedentarismo com a hipertensão arterial e o diabetes. Ainda, o enfermeiro não foi reconhecido como um profissional orientador e promotor da saúde para esse grupo.

Sugere-se que haja uma maior interação entre a enfermagem e os paciente afim de promover um rastreamento e controle da pressão arterial e glicemia capilar para prevenir e/ou diagnosticar agravos de maneira precoce, evitando complicações futuras.

## REFERÊNCIAS

ANDRADA, E. L. Barriers and motivational factors for physical activity adherence in elderly people in developing country. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Baltimore, v. 33, n. 7, 2014.

ANDRADE, S. S. A.; STOPA, S. R.; BRITO, A. S.; CHUERI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D.C. Prevalence of self-reported hypertension in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**; v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M.; FIRMO, J. O.; GUERRA, H. L.; VIDIGAL, P. G.; LIMA-COSTA, M. F. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambui Health and Ageing Study. **Arq Bras Cardiol.** , v. 77, p. 576-581, 2001.

BARNES, D. E.; CAULEY, J.A.; LIU, L. Y.; FINK, H. A.; McCULLOCH, C. STONE, K. L.; YAFFE, K. Women who maintain optimal cognitive function into old age. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 2, p. 259–264, fev. 2007.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA – **Sistema de gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica**. Departamento de Informática do SUS - Brasília 2008. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15. set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde. 2011.** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

CARVALHO, C. G. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo hiperdia. **Revista Escientia**, Belo Horizonte, v.5, n. 1, p. 39-46, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/20>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos Quantitativos e Qualitativo: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p. 01 -13, 2008. Disponível em: <<http://www.rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/download/243/234>>. Acesso em: 03 fev. 2017

FAGUNDES, C. N. **Perfil epidemiológico de portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus atendidos na Atenção Básica em Saúde do município de Florianópolis (SC)**. 2013; 191fs. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107516/320629.pdf?sequence=1>>. Acesso: 17 dez., 2017.

FOLETTTO, K. C. **Perfil epidemiológico, estado nutricional e fatores associados à hipertensão e diabetes mellitus em idosos cadastrados no hiperdia no município de caxias do Sul (RS)**. 2009; 49 fl. Dissertação (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), 2009. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17942>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

FONSECA, J. O. P.; CASTANHEIRA, M. F.; PINTOS, S. A. G.; PEREIRA, F. S.; LINHARES, G. S. S. D.; SANTOS, M. C. S. A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. 2008 **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 25-29, 2008. Disponível em: < <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1265/v18n4s4a05.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Diabetes autoreferido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, Jan, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GALLANI, M. C. B. Y.O enfermeiro no contexto das doenças crônicas. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 01-02, 2015.

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

HAYES, D. K.; GREENLUND, K. J.; DENNY, C. H.; NEYER, J. R.; CROFT, J. B.; KEENAN, N. L. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in health-related quality of life among people with coronary heart disease, 2007. **Prev Chronic Dis.** , v. 8, n.4 ,p. 78, 2011.

LIMA, L. M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; ZILMER, J. G. V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, jun.; 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200016)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

LLOYD-JONES, D.; ADAMS, R.; CARNETHON, M. Heart disease and stroke statistics--2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**. v. 119, n. 3, p. 21-181, jan.; 2009.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V, K, R. **Atividade Física e Obesidade: Prevenção e tratamento**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MARTINS, C. S. **A importância do controle e tratamento do diabetes mellitus em unidade de saúde**. 2014. 34 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Aberta do Brasil (UAB), Belo Horizonte (MG), 2014. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4522.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v.10, n. 6, nov/dez, 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922004000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

NASCIMENTO NETO; R.M.; KRIEGER, J. E.; MACHADO COELHO, G. L.; PEREIRA, A. C. Projeto Corações do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, set.; 2000. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2005001600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001600015)>. Acesso em: 14 out. 2017.

OLIVEIRA, S.. **Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviços de urgência e emergência no município de Dourados/MS**. 2010. 51 fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande (MS), 2010. Disponível em: < <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp151281.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017. família – UFMG, 2014.

OLIVEIRA, N. B.; LANGE, C. Perfil dos pacientes cadastrados no HiperDia da equipe III na Estratégia Saúde da Família do município de Herval-RS. **Revista Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 91-98, jan./mar.; 2011. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3411/2802>>. Acesso em: 17 set. 2017.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Editora Guanabara Roogan S. A., 2003. Secretaria Estadual de Saúde. Belo Horizonte. 2013. Linha guia de hipertensão artéria sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica.

PIERIN, A. M. G; MION, J. D. Como evitar erros na medição da pressão arterial. **Cons Médico** 2: n .2, p.10-12, 1994.

PONTE, R. J. S. In Medronho, R. A. **Epidemiologia**. Editora Atheneu. São Paulo, 2009.

RECH, V.; FILHO, H. T.; MARTINS, M. M. Perfil do nível de atividade física de idosos hipertensos e diabéticos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 395-404, set./dez., 2012. Disponível em: < <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/2457>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

REIS, H. T.; MARINS, J.C. B. Nível de atividade física de diabéticos e hipertensos atendidos em um centro hiperdia. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 25-30, jul./set.; 2017. Disponível em: < [www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/615](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/615)>. Acesso em: 12 set. 2017.

REZENDE, F. A. C.; ROSADO, L. E. F. P. L; FRANCESCHINN, S. C. C.; ROSADO, G. P.; RIBEIRO, R. C. L. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 90-94, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

RODRIGUEZ, T. H. **Acompanhamento de hipertensos e diabéticos e sua repercussão no controle de agravos, Entre Rios de Minas, Minas Gerais**. 2015. 45 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora (MG), 2015. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Acompanhamento\\_de\\_hipertensos\\_e\\_diabeticos.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Acompanhamento_de_hipertensos_e_diabeticos.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2017.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 123-153, abr./jun.; 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2017.

SANTOS, J. C.; FLORÊNCIO, R. S.; OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 343-353, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027981011>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

SANTOS, R. P. **Dislipidemia em hipertensos e diabéticos na ESF Independência I em Montes Claros-MG: projeto de intervenção**. 2013. 30 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros (MG), 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4165.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autorreferida, Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p.74-82, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SMSJ, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAGUARÃO-SMSJ -. **Programa Hipertida**. 2010. Disponível em: <<http://www.jaguarao.rs.gov.br/>> Acesso em: 20 jun. 2017.

SIMONE, G. D. E.; DEVEREUX, R. B.; CHINALI, M.; ROMAN, M. J.; BEST, L. G.; et al. Strong Heart Study Investigators. Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure: the Strong Heart Study. **Hypertension**, v. 47, n. 2, p. 162-167, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16380527>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

SILVA, R. P. **Dislipidemias em hipertensos e diabéticos na ESF Independência I em Montes Claros-MG: Plano de Intervenção**. 2013. 30 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em atenção básica em saúde da família). Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros (MG), 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4165.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, p. 1-28, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

\_\_\_\_\_, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. 1-56, 2007. Disponível em: < [ww.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001500012](http://ww.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012)>. Acesso em: 11 set. 2017.

SBH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, v. 13, n.1, 2010. Disponível em: < [publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.

SBD, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 5, p.1077-82, 2011. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

UMPIERRE, R.; RIBEIRO, P. A.; KRAMER, C. K.; LEITÃO, C. B.; ZUCATTI, A. T.; AZEVEDO, M. J.; GROSS, J. L.; RIBEIRO, J. P.; SCHAAN, B.D. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**, v. 305, n. 17, p.1790-1709, mai.; 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21540423>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

VERAS, V.S.; TEIXEIRA, C. R. S.; SANTOS, M. A.; TORQUATO, M. T. C. G.; RODRIGUES, F. F. L.; ZANETTI, M. L. Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Revista Texto-Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 609-616, jul/set.; 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00609.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00609.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

VILA-NOVA, R. S. **Coordenação Nacional de HA e DM**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. 2011. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: 11 jun. 2017.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. WHO, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. W. **A Global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. World Health Organization; 2013.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO



### UNICERP – CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO - PATROCÍNIO COEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO UNICERP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** *Perfil sociodemográfico e epidemiológico de hipertensos e diabéticos acompanhados pelo Programa da Saúde da Família no interior de Minas Gerais.*

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de hipertensos e diabéticos acompanhados pelo Programa da Saúde da Família no interior de Minas Gerais**. Com isso você poderá contribuir com os avanços na área da saúde, já que tais avanços só podem dar-se por meio de estudos como este, por isso a sua participação é muito importante. Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento de pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da prática de atividade física na prevenção e no tratamento de doenças crônicas e caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

#### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ (*nome do voluntário*), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o propósito e a relevância deste estudo e o(s) procedimento(s) a(os) que(ais) serei submetido. As explicações que recebi esclarecem os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que tenho liberdade para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.  
Patrocínio, ...../ ...../2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Juliana Gonçalves Silva de Mattos  
Assinatura do orientador responsável

\_\_\_\_\_  
Adriana de Fátima Martins  
Assinatura do aluno(a) pesquisador

#### Telefone de contato dos pesquisadores: (Preenchimento obrigatório)

Adriana de Fátima Martins (34)99952-80-21

Juliana Gonçalves Silva de Mattos (34) 99824-05-96

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa do UNICERP, pelo telefone 3839-3728 ou pelo e-mail: [coep@unicerp.edu.br](mailto:coep@unicerp.edu.br)

**APÊNDICE B – Questionário de Identificação do perfil sociodemográfico e clínico.**

I – Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Pressão arterial (PA) no momento da entrevista: \_\_\_\_\_

Glicemia no momento da entrevista: \_\_\_\_\_

**II- Dados Sócio-Demográficos**

1- Idade (anos): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2- Situação Conjugal:

(1) Solteira (2) Casada (3) União estável (4)  
Separada (5) Divorciada (6) Viúva

2.1 – Cor da pele (O paciente é que vai afirmar a cor da pele):

(1) Branco (2) Pardo (3) Amarelo (4) Negro (5) Índio

2.2 – Escolaridade (estudou até que ano?) \_\_\_\_\_

2.3 – Em relação à moradia:

Casa: (1) Alugada (2) Própria (3) Dos filhos ou outro parente

Infra-estrutura: (1) Com rede de água e esgoto (2) Sem rede de água e esgoto

(3) Somente rede de água (4) Somente rede de esgoto

3- Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

4 – Naturalidade (Cidade em que nasceu): \_\_\_\_\_

5 - Renda Individual Mensal (SM R\$ 880,00):

( ) Até 1 SM ( ) de 1 a 2 SM ( ) de 2,1 a 5 SM ( ) de 5,1 a 10 SM ( ) Acima de 10 SM

6 - Renda Familiar Mensal (SM R\$ 880,00):

( ) Até 1 SM ( ) de 1 a 2 SM ( ) de 2,1 a 5 SM ( ) de 5,1 a 10 SM ( ) Acima de 10 SM

7 – Atualmente mora com quem? \_\_\_\_\_ Quantas pessoas: \_\_\_\_\_

8 – Há quanto tempo você foi diagnosticado com:

a) Hipertensão: \_\_\_\_\_

b) Diabetes: \_\_\_\_\_

9 – Você toma medicações para controlar a diabetes e a hipertensão? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

9.1 - Você controla sua alimentação? ( ) Sim ( ) Não

Faz acompanhamento com nutricionista? ( ) Sim ( ) Não

9.2 – Você recebe orientações sobre a forma de tomar os medicamentos e de se alimentar pelos profissionais do seu posto de saúde? ( ) Sim ( ) Não

9.3 - Se sim, por quais profissionais? \_\_\_\_\_

## ANEXO A


**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA –  
VERSÃO CURTA -**

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem com parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigada pela participação.

**Para responder as questões lembre-se que:**

- **Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.**
- **Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.**

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1A- Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Dias \_\_\_\_\_ por semana ( ) nenhum

1B – Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

2A- Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**). Dias \_\_\_\_\_ por semana ( ) Nenhum

2B – Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?  
Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

3A- Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido no bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração. Dias \_\_\_\_\_ por semana ( ) Nenhum

3B – Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por **por pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?  
Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentando enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4A- Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia da semana? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

4B- Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**Obrigada pela colaboração!**

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA SERRA DO SALITRE****DECLARAÇÃO**

Declaro, para dos devidos fins, que a pesquisadora Adriana de Fátima Martins, portadora do RG nº. 12.164.425 e CPF 051.877.746-46 está autorizada a realizar pesquisa com o título: O conhecimento de pacientes hipertensos e diabéticos sobre a prática da atividade física, com a finalidade de realizar seu trabalho de conclusão de curso de Enfermagem, do UNICERP – Centro Universitário do Cerrado – Patrocínio.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informada de como serão utilizados os dados coletados nesta instuição.

Serra do Salitre, 24 de maio de 2016.

  
**NAYARA POLIANA DE SOUZA SILVA**  
Secretária Municipal de Saúde

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO COEP UNICERP.



**COORDENADORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO DO UNICERP  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO COEP/UNICERP  
PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PARA  
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

<b>1. PROJETO DE PESQUISA:</b>
PROTÓCOLO COEP 2016/14 SD ENF DOS
<b>1.1. TÍTULO DO PROJETO:</b>
O CONHECIMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS SOBRE A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA
<b>1.2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b>
Nome: Juliana Gonçalves Silva de Matos Identidade: MG-13.025.882                      CPF: 069.229.656-94 Endereço: Rua Pedrinho Pereira, 94 Coromandel Minas Gerais Correio eletrônico: <a href="http://lattes.cnpq.br/2002253242041801">http://lattes.cnpq.br/2002253242041801</a> Telefone: (34) 9 9824-0596                      Fax:
<b>1.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:</b>
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO DE PATROCÍNIO
<b>1.4. PROJETO APROVADO EM:</b>
Recebido no COEP/UNICERP em: <u>03/06/2016</u> Para o relator em: <u>18/06/2016</u> Parecer avaliado em reunião de: <u>30/06/2016</u> Aprovado: <u>06/07/2016</u> Não aprovado: <u>  /  /  </u> Diligência/pendências: <u>30/06/2016</u>
 Patrícia M. Queiroz M. Drumond Lage COEP-UNICERP Diretor(a) da Unidade



**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA À INSTITUIÇÃO,  
CENÁRIO DE ESTUDO**

Ilma. Sra  
Nalara Polyana de Souza Silva  
Secretária Municipal de Saúde de Serra do Salitre

Patrocínio, 23 de Maio de 2016

Eu, Adriana de Fátima Martins, estudante matriculada no 9º período de Enfermagem do UNICERP - Centro Universitário do Cerrado – Patrocínio – sob a orientação do professora Mestre Juliana Gonçalves Silva de Mattos, venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de realizar pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem, intitulado "O conhecimento de pacientes hipertensos e diabéticos sobre a prática da atividade física", cujo objetivo geral é identificar o conhecimento de pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da prática de atividade física na prevenção e no tratamento de doenças crônicas.

Os participantes do estudo serão selecionados segundo os critérios de inclusão/exclusão e, após aceitação em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento (TCLE), os dados serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada, além da aplicação de um questionário para identificar o nível de atividade física dos pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes, simultaneamente, neste município.

Comprometo-me a disponibilizar os dados resultantes da pesquisa, juntamente com o Trabalho de Conclusão de Curso, a esta instituição.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e colaboração para a conclusão desta importante etapa do curso de graduação.

Atenciosamente,

Aluna: Adriana de Fátima Martins

Eu, Juliana Gonçalves Silva de Mattos, responsabilizo-me pelo trabalho científico da aluna Adriana de Fátima Martins.

Professora orientadora