

## Perfil sociodemográfico e o nível de atividade física dos usuários do Programa Hiperdia

*Sociodemographic profile and the level of physical activity of the users of the Hiperdia Program*

Suzana Alves da Silva Batista<sup>1</sup>, Reginaldo José Carlini Junior<sup>2</sup>, Eduardo José da Silva<sup>1</sup>, Silvia Alves da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Brasil

<sup>2</sup> Centro Universitário dos Guararapes (UNIFG), Jaboatão dos Guararapes, Brasil

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brasil

### HISTÓRICO DO ARTIGO

Recebido: 25 fevereiro 2021

Revisado: 15 abril 2021

Aprovado: 19 abril 2021

### PALAVRAS-CHAVE:

Hipertensão arterial; Diabetes;  
Atividade física.

### KEYWORDS:

Hypertension; Diabetes;  
Physical activity.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Ao observar o impacto social e econômico da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus na população brasileira, o Ministério da Saúde criou no ano 2000 o Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, o Hiperdia. Dentre das ações do Hiperdia, a prática de atividades físicas regulares atua na redução e controle de fatores de risco relacionados à hipertensão e à diabetes.

**OBJETIVO:** Investigar o perfil e a realização de atividades físicas dos usuários do programa Hiperdia das Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Olinda, Estado de Pernambuco.

**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal em unidades de saúde da família com usuários hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados e acompanhados nesses programas. Na coleta dos dados, foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos e comportamentais. Para estimar o nível de atividade física, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

**RESULTADOS:** Dos 230 entrevistados a maior parte da amostra foi constituída por mulheres (80,9%), da cor parda (56,5%), indivíduos com a autopercepção de saúde regular (61,7%) e com um risco cardiovascular muito elevado (73,5%). O percentual de pacientes muito ativos e ativos foi de 43%. Os testes estatísticos realizados encontraram associação entre o nível de atividade física e as variáveis sexo, escolaridade e autopercepção de saúde.

**CONCLUSÃO:** O risco cardiovascular foi considerado muito elevado, apesar dos entrevistados relatarem um elevado nível de atividade física.

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** In observing the social and economic impact of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus on the Brazilian population, in 2000 the Ministry of Health created the Hyperdensity and Diabetics Monitoring System, Hiperdia. Among Hiperdia's actions, the practice of regular physical activities acts to reduce and control risk factors related to hypertension and diabetes.

**OBJECTIVE:** To investigate the profile and physical activity of users of the Hiperdia program of Family Health Strategies (FHS) in the city of Olinda, State of Pernambuco.

**METHODS:** A descriptive cross-sectional study was carried out in family health units with hypertensive and/or diabetic users, registered and monitored in these programs. In data collection, a questionnaire with sociodemographic and behavioral data was used. To estimate the level of physical activity, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was applied.

**RESULTS:** Of the 230 interviewees, most of the sample consisted of women (80.9%), brown (56.5%), individuals with regular self-perceived health (61.7%) and with a very high cardiovascular risk (73.5%). The percentage of very active and active patients was 43%. The statistical tests performed found an association between the level of physical activity and the variables sex, education and self-perceived health.

**CONCLUSION:** Cardiovascular risk was considered to be very high, despite the interviewees reporting a high level of physical activity.

## INTRODUÇÃO

Os processos de transição demográfica e epidemiológica, demonstrados mediante redução do quadro de doenças infecciosas e aumentos da natalidade como, também, da expectativa de vida, resultaram no envelhecimento populacional e foram determinantes para o crescimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (CRUZ, 2014; RETICENA et al., 2015; STOPA, 2018). Silva (2015), deixou claro que as DCNT apresentam múltiplas causas e etiologias. Fatores econômicos, sociais, ocupacionais e étnicos estão relacionados com às doenças o que tornam as pessoas com menor renda, baixa escolaridade e com menor acesso aos serviços de saúde mais vulneráveis. Também são atribuídos como fatores de risco o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo e os hábitos não saudáveis de alimentação (LIMA et al., 2019).

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são duas das principais DCNT. Ambas as doenças apresentam significativas morbidades, taxas de hospitalização e mortalidade o que repercute nas variáveis social e econômica diante os danos causados no setor público de saúde.

A HAS é um relevante fator de risco nas causas de morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o principal fator de risco de DCNT. Weber, Oliveira e Colet (2014), Lopes (2014) e Pires et al. (2014), ressaltaram que no Brasil entre 15% e 40% dos adultos possuem HAS. Para Silva et al. (2016), a incidência da doença chegará a 60% em 2025. A DM também gera danos expressivos nos aspectos social e econômico devido as suas complicações aguda e crônica. De acordo com Iser et al. (2015), dos óbitos ocorridos no Brasil em 2011, a DM foi responsável por 5,3%, com uma taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes.

A prática regular de atividade física é preconizada, diante os inúmeros benefícios promovidos à saúde, como um meio de prevenção e tratamento não farmacológico para DCNT. Dentre alguns benefícios, destaque para um melhor controle da HAS e melhorias na captação da glicose e resistência à insulina. Também, podem ser citados como benefícios melhorias na composição corporal e no condicionamento físico. Lima et al. (2019), ressaltaram as evidências existentes entre a realização de atividade física com o menor risco de doença cardiovascular, aumento na autoestima e uma maior autonomia dos diabéticos.

Golbert et al. (2017), afirmaram que a atividade física é um dos pilares do tratamento do diabetes tipos 1 e 2, mas na suspeita de complicações como, por exemplo, doença cardiovascular, hipertensão e neuropatia, pode requerer cuidados especiais e uma avaliação antes do início do programa de exercícios. Lima, Lima e Luiz (2017), deixaram claro que a atividade física, realizada regularmente, apresenta efeitos anti-hipertensivos. Corroboram Malachias et al. (2017), ao afirmar que o aumento da atividade física diária conduz a uma redução na pressão arterial e aqueles indivíduos ativos, em comparação aos sedentários, possuem um risco 30% inferior de desenvolver HAS.

Diante o fato de a HAS e da DM serem fatores de risco para outros agravos que acarretam custos expressivos do ponto de vista social e econômico ao Sistema Único de Saúde (SUS), é criado pelo Ministério da Saúde o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM). Este tem por objetivo monitorar as pessoas atendidas na rede ambulatorial do SUS, com os diagnósticos supracitados, através do Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos

cos – Hiperdia (FRANÇA; NUNES; FERNANDES, 2014; RETICENA et al., 2015, SILVA; SUTO; COSTA, 2015). Além de definir o perfil epidemiológico, através do Hiperdia é possível desenvolver estratégias com vistas a otimizar a qualidade vida dessa população, disponibilizar medicamentos, reduzir o custo social e o número de internações e mortalidade decorrentes da HAS e da DM.

Diante do exposto sentiu-se a necessidade de investigar o perfil e a realização de atividades físicas por parte dos usuários do programa Hiperdia das estratégias de saúde da família (ESF) de Olinda, Estado de Pernambuco. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil e o nível de atividade física de pacientes do Hiperdia nas ESF.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal em unidades de saúde da família do município de Olinda (PE). O município é composto por cinco regionais político-administrativas. As unidades de saúde selecionadas para a pesquisa estão localizadas nas regionais IV e V. A amostra foi composta por 230 indivíduos hipertensos e/ou diabéticos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 40 anos, que estivessem sendo acompanhados no programa Hiperdia.

Para o cálculo do amostral foi utilizado o programa estatístico EpilInfo, versão 6.04b, foi utilizado o número de 430 usuários hipertensos e ou diabéticos cadastrados. Foi estipulado um intervalo de confiança de 95%, erro máximo da estimativa de 5% e prevalência estimada de praticantes de atividade física de 63%. A prevalência foi estimada com base no estudo de Silva, Farah e Ricarte (2012), com populações semelhantes à da pesquisa.

Os dados foram coletados em dias previamente agendados com as enfermeiras das unidades de saúde e de acordo com o planejamento das ações do Programa Hiperdia.

A coleta foi realizada mediante preenchimento de um formulário com questões referentes a informações sociodemográficas, diagnóstico, tempo de doença, autopercepção de saúde, lazer e estresse, etilismo, tabagismo e medida da circunferência da cintura. As variáveis independentes utilizadas foram idade, sexo, cor da pele (branca, negra, parda), estágios de vida (adultos e idosos), estado civil (solteiro, casado, separado, viúvo), escolaridade (nunca estudou, ensino fundamental completo e ensino médio/superior completo). A variável dependente adotada foi o nível de atividade física.

Para medir o nível de atividade física dos adultos e idosos foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na versão curta. De acordo com Bicalho et al. (2010) através do IPAQ é possível obter estimativas de atividade física que sejam comparáveis em diferentes grupos.

O IPAQ avalia atividades físicas realizadas em quatro domínios: (i) no tempo de lazer, (ii) no deslocamento de um lugar a outro, (iii) nas atividades domésticas e (iv) nas atividades ocupacionais, segundo a frequência e a duração das atividades físicas na semana em cada domínio (BICALHO et al., 2010).

No IPAQ, conforme Bicalho et al. (2010), as atividades físicas são divididas de acordo com a sua intensidade, definidas pela distinção entre caminhada, atividades moderadas, que fazem um pequeno aumento da frequência cardíaca e envolvem um esforço físico moderado, e atividades vigorosas, que promovem um rápido aumento da frequência cardíaca e excessivo gasto calórico.

A partir dos dados do IPAQ, os usuários do Hiperdia entre-

vistados foram classificados entre muito ativo, ativo e irregularmente ativo ou inativo. Para a determinação do risco cardiovascular foi utilizada a medida da circunferência da cintura. A medição foi realizada com uma fita métrica flexível de precisão de 1 mm, na altura da cicatriz umbilical. Os pontos de corte utilizados para risco elevado foram 94cm e 80cm e, para risco muito elevado, 102cm e 88cm, para homens e mulheres, respectivamente (MUSSOI, 2014).

A análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As variáveis categóricas são apresentadas em frequência numérica e percentual. A associação entre o nível de atividade física e as variáveis independentes foi realizada pelo teste de qui-quadrado de Pearson. Foram consideradas como estatisticamente significativas aquelas diferenças que apresentaram valor de  $p < 0,05$ .

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP-UPE), sob o Parecer N° 521405, e registro CAAE 21793113.8.0000.5207.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 230 usuários, com idade média de  $59,6 \pm 11,1$  anos. Como pode ser observado na Tabela 1, foram mais prevalentes o sexo feminino (80,9%), cor da pele parda (56,52%), aqueles que cursaram o ensino fundamental incompleto (53,48%), renda familiar de até 1 salário-mínimo (74,35%) e residentes em casa própria (87,5%).

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis socioeconômicas. Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis	N (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	44 (19,13)
Feminino	186 (80,9)
<b>Estágio de vida</b>	
Adultos	117 (50,90)
Idosos	113 (49,13)
Total	230 (100,0)
<b>Cor da pele</b>	
Branca	26 (11,30)
Negra	74 (32,18)
Parda	130 (56,52)
<b>Escolaridade</b>	
Não estudou	26 (11,30)
Ensino fundamental incompleto	123 (53,48)
Ensino fundamental completo ou mais anos de estudo	81 (35,22)
<b>Renda familiar</b>	
1 salário mínimo	171 (74,35)
2-3 salários mínimos	55 (23,91)
4-5 salários mínimos	4 (1,74)
<b>Moradia</b>	
Própria	201 (87,5)
Alugada	21 (9,1)
Cedida	8 (3,4)
<b>Total</b>	<b>230 (100,0)</b>

Entre os usuários entrevistados, a HAS foi o diagnóstico mais apresentado (69,1%), sendo o tempo de diagnóstico entre 5 e 10 anos (37,3%) e (40,8%) tanto para hipertensos e diabéticos, respectivamente. Apenas 2 pacientes referiram não recordar o tempo de diagnóstico das doenças. Em relação ao risco cardiovascular, observa-se que (73,5%) apresentam risco muito elevado (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a distribuição e o tempo de diagnóstico de hipertensão e diabetes. Do total de entrevistados 69,1% apresentaram hipertensão, 7,0% diabetes e 23,9% afirmaram possuir as duas patologias. Quanto ao tempo de diagnóstico da HAS 37,3% deixaram claro que convivem com a doença entre 5 e 10 anos, 36,8% a menos de 5 anos e 17,9% e 8,0% respectivamente entre 11 e 20 anos e mais de 20 anos. Quanto o tempo de diagnóstico da DM, 40,8% convivem com a doença entre 5 e 10 anos e 35,2% a menos de 5 anos. 19,7% e 4,3% possuem, respectivamente, a doença em um período correspondente entre 11 e 20 anos e há mais de 20 anos. Quanto ao risco cardiovascular foi verificado que do total de entrevistados 73,5% possuem um risco muito elevado e 18,3% e 8,2% apresentaram, respectivamente, um risco elevado e baixo.

**Tabela 2.** Distribuição e tempo de diagnóstico de hipertensão e diabetes. Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis	N (%)
<b>Diagnostico</b>	
HAS	159 (69,1)
DM	16 (7,0)
HAS + DM	55 (23,9)
<b>Tempo de HA*</b>	
<5 anos	78 (36,8)
5-10 anos	79 (37,3)
11-20 anos	38 (17,9)
>20 anos	17 (8,0)
<b>Tempo de DM**</b>	
<5 anos	25 (35,2)
5-10 anos	29 (40,8)
11-20 anos	14 (19,7)
>20 anos	3 (4,3)
<b>Risco Cardiovascular</b>	
Baixo	19 (8,2)
Elevado	42 (18,3)
Muito elevado	169 (73,5)
Total	230 (100,0)
<b>Moradia</b>	
Própria	201 (87,5)
Alugada	21 (9,1)
Cedida	8 (3,4)
<b>Total</b>	<b>230 (100,0)</b>

\*Tempo de HAS: tomou por base 169.

\*\*Tempo de DM: tomou por base 55.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis relacionadas com o estilo de vida. Observa-se que 81,3% e 80,9% dos entrevistados referem não ser tabagista e etilista, respectiva-

mente. Quanto a autopercepção da saúde, 61,74% referem ter saúde regular. O nível de estresse foi considerado alto por 42,6% dos entrevistados e 54,8% referem ter pouco lazer. Em relação ao nível de atividade física, 0,4% foram considerados muito ativo, 42,6% ativos, 42,2% são irregularmente ativos e 14,8% inativos.

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis relacionadas com o estilo de vida dos usuários. Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis	N (%)
<b>Tabagismo</b>	
Sim	22 (9,6)
Não	187 (81,3)
Ex-tabagista	21 (9,1)
<b>Etilismo</b>	
Sim	33 (14,3)
Não	186 (80,9)
Ex-etilismo	11 (4,8)
<b>Autopercepção de saúde</b>	
Boa	53 (23,04)
Regular	142 (61,74)
Ruim	35 (15,22)
<b>Autopercepção de estresse</b>	
Alto	98 (42,6)
Médio	78 (33,9)
Baixo	54 (23,5)
<b>Autopercepção de lazer</b>	
Bom	40 (17,4)
Regular	64 (27,8)
Pouco	126 (54,8)
<b>Nível de atividade física</b>	
Muito ativo	1 (0,4)
Ativo	98 (42,6)
Irregularmente ativo	97 (42,2)
Inativo	34 (14,8)
<b>Total</b>	<b>230 (100,0)</b>

A Tabela 4 apresenta a distribuição do nível de atividade física segundo as variáveis socioeconômicas dos usuários. Observa-se que há diferença significativa no nível de atividade física entre os sexos, visto que o sexo masculino apresenta maior frequência de inativos (27,3% vs. 11,8%) e o sexo feminino apresenta a maior frequência de ativos/muito ativos (45,7% vs. 31,8%).

Não foi observada diferença no nível de atividade física e o estágio de vida dos usuários, bem como em relação a cor da pele. No entanto, encontrou-se diferença entre o nível de atividade física e a escolaridade, com maior frequência de muito ativos/ativos entre aqueles que cursaram o ensino fundamental completo e incompleto (49,3%). Quando se avaliou o nível de atividade física em relação à renda familiar e o tipo de moradia não foi encontrada diferença significativa,  $p=0,354$  e  $p=0,153$ , respectivamente.

O nível de atividade física não foi associado com o diagnóstico, autopercepção de estresse e lazer dos usuários. Porém, foi encontrada diferença significativa em relação à autopercepção de saúde, com maior frequência de muito ativos/ativos entre aqueles que referiram possuir saúde regular e boa (45,1% e 43,4%), respectivamente.

**Tabela 4.** Distribuição do nível de atividade física segundo as variáveis sexo, estágio de vida, cor da pele e escolaridade. Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis	Nível de Atividade Física				p
	Muito ativo/Ativo N (%)	Irregularmente ativo N (%)	Inativo N (%)	Total N (%)	
<b>Sexo</b>					
Masculino	14 (31,8)	18 (40,9)	12 (27,3)	44 (100,0)	0,025
Feminino	85 (45,7)	79 (42,5)	22 (11,8)	186 (100,0)	
<b>Estágio de vida</b>					
Adultos	52 (44,4)	54 (46,2)	11 (9,4)	117 (100,0)	0,059
Idosos	47 (41,6)	43 (38,05)	23 (20,35)	113 (100,0)	
<b>Cor da pele</b>					
Branca	16 (61,5)	6 (23,1)	4 (15,4)	26 (100,0)	0,186
Negra	34 (45,95)	30 (40,54)	10 (13,51)	74 (100,0)	
Parda	49 (37,7)	61 (46,9)	20 (15,4)	130 (100,0)	
<b>Escolaridade</b>					
Não estudou	5 (19,23)	14 (53,85)	7 (26,92)	26 (100,0)	0,030
Ensino fundamental	72 (49,3)	54 (37,0)	20 (13,7)	146 (100,0)	
Ensino médio/superior	22 (37,9)	29 (50,0)	7 (12,1)	58 (100,0)	

A análise comparativa entre o nível de atividade física e o risco cardiovascular não apresentou diferença significativa, como descrito na Tabela 5. O etilismo e tabagismo não foram associados com o nível de atividade física, com  $p=0,920$  e  $p=0,675$ , respectivamente.

Em relação as características sociodemográficas o estudo mostrou uma predominância de 80,9% do sexo feminino e esse achado também foi encontrado em outros estudos. Em trabalhos análogos foram encontrados resultados semelhantes. Miranzi et al. (2008), avaliaram 30 pacientes usuários do Hiperdia de um município do interior mineiro e encontraram 66,7% de mulheres. Em pesquisa realizada por Silva, Suto e Costa (2015), sobre o perfil de pacientes cadastrados no Hiperdia, foi evidenciado uma prevalência do público feminino com um total de 76,94%.

No âmbito mundial, a população feminina é maior que a masculina (BICALHO et al., 2010). Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres nas pesquisas realizadas. Além disso, as mulheres se mostram mais preocupadas com os aspectos relacionados com a própria saúde, o que pode contribuir para o diagnóstico de doenças nesse grupo em maior proporção (MIRANZI et al., 2008; SOUZA et al., 2011).

É importante destacar que, apenas, (7,0%) dos pesquisados relataram possuir DM, um resultado muito inferior quando comparado ao diagnóstico da HAS (69,1%). Em trabalho realizado por Saraiva et al. (2016) foi observado que 47,6% dos participantes se declararam diabéticos, e 83,8% hipertensos, sendo que

31,4% possuíam ambas as condições. Malachias et al. (2017), afirmaram que distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, frequentemente, se associam a HAS e alguns fatores de risco como, por exemplo, dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM, agravam o quadro. Golbert et al. (2017), ressaltaram que as complicações do diabetes podem resultar em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica além de contribuir, de forma direta ou indireta, para agravos nos sistemas musculoesquelético e digestório, na função cognitiva e na saúde mental.

**Tabela 5.** Distribuição do nível de atividade física segunda o diagnóstico, auto percepção de saúde, estresse, lazer e risco cardiovascular. Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis	Nível de Atividade Física			Total N (%)	p
	Muito ativo/Ativo N (%)	Irregularmente ativo N (%)	Inativo N (%)		
<b>Diagnóstico</b>					
HA	70 (44,0)	66 (41,5)	23 (14,5)	159 (100,0)	0,789
DM	6 (37,5)	6 (37,5)	4 (25,0)	16 (100,0)	
HA + DM	23 (41,8)	25 (45,5)	7 (12,7)	55 (100,0)	
<b>Auto percepção de saúde</b>					
Boa	23 (43,4)	21 (39,6)	9 (17,0)	53 (100,0)	0,030
Regular	64 (45,1)	64 (45,1)	14 (9,8)	142 (100,0)	
Ruim	12 (34,3)	12 (34,3)	11 (31,4)	35 (100,0)	
<b>Auto percepção de estresse</b>					
Alto	38 (38,8)	43 (43,9)	17 (17,3)	98 (100,0)	0,619
Médio	37 (47,4)	33 (42,3)	9 (10,3)	78 (100,0)	
Baixo	24 (44,4)	21 (38,9)	9 (16,7)	54 (100,0)	
<b>Auto percepção de lazer</b>					
Bom	23 (57,5)	14 (35,0)	3 (7,5)	40 (100,0)	0,251
Regular	28 (43,8)	27 (42,2)	9 (14,0)	64 (100,0)	
Pouco	48 (38,1)	56 (44,4)	22 (17,5)	126 (100,0)	
<b>Risco cardiovascular</b>					
Baixo	4 (21,1)	9 (47,4)	6 (31,5)	19 (100,0)	0,052
Elevado	17 (40,5)	22 (52,4)	3 (7,1)	42 (100,0)	
Muito elevado	78 (46,2)	66 (39,0)	25 (14,8)	169 (100,0)	

Das pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS), as duas patologias representam mais da metade do diagnóstico primário. Também, juntas, na mesma estrutura de saúde, são responsáveis pela primeira causa de hospitalização e mortalidade (SCHMIDT et al. 2011).

Pelo fato de a circunferência de cintura ter relação com a quantidade de tecido adiposo visceral que por sua vez é uma das principais responsáveis pelo aparecimento de alterações metabólicas e de doenças cardiovasculares, esta medida antropométrica tem recebido atenção na avaliação de risco cardiovascular (DAVID, 2015; GONÇALVES, 2015). Nos pacientes do Hiperdia avaliados, a circunferência da cintura estava elevada na maioria deles, caracterizando risco cardiovascular muito elevado (73,5%). Esse achado é semelhante ao encontrado por Ferreira et al. (2010), no qual a prevalência de risco elevado foi

de 76,2%.

Em relação aos hábitos de vida, o hábito de fumar foi pouco relatado (9,6%) no presente estudo. Essa proporção foi similar a encontrada em outros estudos (MIRANZI et al., 2008, SOUZA et al., 2011, FERREIRA et al., 2010).

De acordo com Nobre (2010), o cigarro causa o aumento da concentração da gordura abdominal, reduz a sensibilidade à insulina, aumenta os níveis glicêmicos após teste oral de tolerância a glicose. É um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, além de acelerar a progressão das lesões ateroscleróticas. Viana et al. (2019) deixaram claro que o tabagismo aumenta a incidência de algumas doenças como, por exemplo, HAS, doenças Coronarianas, bronquites, enfisema pulmonar e cânceres, como o de pulmão e o de bexiga. Barbosa (2016) ressaltou que o hábito de fumar está associado a algumas DCNT como, por exemplo, alguns tipos de câncer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e o Acidente Vascular Encefálico (AVC). Também ressaltou sintomas depressivos, redução da função física e aumento no uso de medicamentos. Malachias et al. (2017), apontaram o hábito de fumar como um fator negativo no controle de hipertensos, já que o tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo as de origem cardiovascular.

O consumo de bebida alcoólica também foi relatado por um número reduzido de usuários (14,3%), resultado diferente foi encontrado no estudo de Silva, Farah e Ricarte (2012), que relatou um percentual de 72,2% nos usuários pesquisados.

O baixo consumo de bebidas alcoólicas passa a ser um achado benéfico, tendo em vista que o consumo elevado de álcool é associado a maior mortalidade total, morte súbita arritmica e pode aumentar o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial, cardiomiopatia, acidente vascular cerebral hemorrágico, doenças hepáticas, pancreáticas, cânceres e distúrbios mentais e comportamentais (NOBRE, 2010; GARCIA; FREITAS, 2015; MUSSI et al., 2018). Malachias et al. (2017), recomendaram moderação no consumo de álcool já que as bebidas alcoólicas, consumidas de forma habitual, elevam a pressão arterial e o consumo excessivo está associado com o aumento na incidência da HAS. Golbert et al. (2017), afirmaram que em diabéticos tipo 2, quando consumidas em alguma refeição, incluindo carboidratos, podem levar a maiores níveis de glicemia e insulina. Por sua vez, em indivíduos que fazem uso de insulina, as bebidas alcoólicas podem interferir nos mecanismos de ação, aumentando o risco de hipoglicemia.

A frequência reduzida de etilismo e tabagismo no grupo estudado nos leva a refletir sobre o sucesso das orientações fornecidas pela equipe multidisciplinar. É importante ressaltar a relevância dos programas de prevenção e educação em saúde para esse grupo e que devem ser focados em outros fatores de risco, como controle do peso corporal, através de alimentação adequada e hábitos de atividade física, no combate ao sedentarismo, visando melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Observou-se que a auto percepção de saúde foi boa ou regular na maioria dos entrevistados (84,78%) e estatisticamente associado com o nível de atividade física (p=0,03), indicando um elevado nível de cuidado dos indivíduos em seus tratamentos. Por outro lado, o estudo mostrou que, dos indivíduos que relataram a saúde ruim, 31,4% eram inativos, assim como mostrou o estudo realizado por Alves et al. (2010) onde o sedentarismo

apresentou uma associação significativa com a autopercepção da saúde. Jerez-Roig et al. (2016), afirmaram que a autopercepção é um indicador eficaz, rápido e de baixo custo utilizado em inquéritos de saúde. A autopercepção positiva de saúde, com maior nível de atividade física, pode indicar que as pessoas mais ativas classificam a sua saúde de forma mais positiva do que os sedentários (BENEDETTI, et al. 2008).

Em relação ao nível de atividade física, o presente estudo revelou que 43% dos usuários são ativos/muito ativos, enquanto 42,2% e 14,8% são irregularmente ativos e inativos, respectivamente. Em estudo similar, realizado na cidade de Recife, Silva, Farah e Ricarte (2012) encontraram uma proporção de 63% identificados como ativos, 7,4% muito ativos, 24,1% irregularmente ativos e 5,6% sedentários. O elevado percentual de indivíduos ativos/muito ativos é justificado no estudo de Silva, Farah e Ricarte (2012) pela proximidade da ESF ao programa Academia da Cidade de Recife.

Malachias et al. (2017), deixaram claro que além da redução da morbimortalidade de doença cardiovascular, quando realizada de forma regular, a prática de atividade física, apresenta benefícios tanto na prevenção quanto no tratamento da HAS.

Na pesquisa realizada por Souza et al. (2011) com 218 prontuários do programa Hiperdia em uma estratégia de saúde da família de Vila Velha, 76,6% da amostra negou a prática de atividade física regular. No estudo de Reis e Marins (2017) foram avaliadas 85 pessoas, sendo 50 do sexo feminino e 35 do sexo masculino, atendidas em um centro Hiperdia em Viçosa MG. Ambos os gêneros apresentaram níveis insuficientes de atividade física.

Segundo dados dos inquéritos telefônicos do Ministério da Saúde (VIGITEL BRASIL, 2013), a prevalência de prática de atividade física nos diferentes domínios também oscila na população adulta brasileira. A prevalência média de atividade física de tempo livre variou entre 27,9% a 43,1%. A atividade física de deslocamento variou entre 10,5% a 16,5% e a inatividade física variou entre 11,4% a 18,5% (VIGITEL BRASIL, 2013).

No presente estudo foi verificada associação entre o nível de atividade física e o sexo. As mulheres apresentaram maior percentual de indivíduos ativos/muito ativos (45,7%) quando comparado com o percentual no sexo masculino (31,8%).

Foi observado que os percentuais divergentes nos diversos estudos sobre o nível de atividade física devem-se a escolha de diferentes instrumentos para a classificação. É perceptível que os estudos que utilizaram questionários não validados, estruturados com a sua base de dados principal de ficha de cadastramento do Hiperdia e autorrelatados apresentam geralmente percentuais diferentes de atividade física.

A divergência de resultados entre estudos com diferentes metodologias fica aparente na relação de nível atividade física e escolaridade. Estudos mostram que o nível de escolaridade atua como fator de proteção com estímulo a prática de atividade física em indivíduos (CAMÕES; LOPES, 2008). No entanto, tal associação não foi encontrada entre os usuários do presente estudo, que mostrou que os participantes com ensino fundamental apresentaram um percentual maior de indivíduos ativos/muito ativos (49,3%) em relação aos usuários com ensino médio/superior (37,9%). Nesse caso foi observado que a classificação de atividades domésticas como atividade física vigorosa ou moderada no IPAQ eleva o percentual de indivíduos muito

ativos/ativos, principalmente entre os participantes com nível de escolaridade fundamental.

As limitações deste estudo a serem consideradas são: o desenho transversal não permite verificar as relações de temporalidade entre as variáveis, por isso não há a possibilidade de relação causa e efeito e o fato de recorrer a análise de variáveis autorreferidas possibilita o viés de informação.

## CONCLUSÃO

Na população estudada, observa-se uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino, hipertensos, que cursaram até o ensino fundamental e com risco cardiovascular muito elevado. No entanto, a percepção de saúde e o nível de atividade física foram elevados, quando comparados a estudos da literatura. Essa divergência tem uma contribuição da escolha de diferentes instrumentos para a classificação do nível de atividade física.

A partir das correlações obtidas na análise estatística entre o nível de atividade física e as autopercepções de saúde, estresse, lazer e risco cardiovascular, foi validada, na amostra pesquisada, as recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto ao incentivo contínuo da prática de atividades físicas como medida necessária para o controle da hipertensão e diabetes.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, J. G. B.; SIQUEIRA, F. V.; FIGUEIROA, J. N.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S. da; PICCINI, R. X.; ... ; HALLAL, P. C. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 543-56, 2010.
- BARBOSA, M. B. **Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco**: inquérito populacional com idosos de Juiz de Fora – MG. 2016. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.
- BENEDETTI, T. R. B.; BORGESI, L. J.; PETROSKIL, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.
- BICALHO, P. G.; HALLAL, B. P. C.; GAZZINELLI, A.; KNUTH, A. G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 884-93, 2010.
- CAMÕES, M., LOPES, C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 208-16, 2008.
- CRUZ, M. F. da. **Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas**. 2014. 102f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.
- DAVID, C. N. de. **Associação de sobrepeso e obesidade abdominal com mortalidade geral e cardiovascular em idosos de 80 anos ou mais**: um estudo de coorte. 2015. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- FERREIRA, C. C. da C.; PEIXOTO, M. do R. G.; BARBOSA, M. A.; SILVEIRA, E. A. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 621- 8, 2010.
- FRANÇA, D. J. R. de; NUNES, J. T.; FERNANDES, M. N. de F. As contribuições do cuidado ao idoso no programa de HIPERDIA, para a formação profissional. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 315-27, 2014.
- GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-37, 2015.
- GOLBERT, A.; ROCHA, A. M. da.; VASQUES, A. C. J.; RIBEIRO, A. L. C. P.; VIANNA, A. G. D.; BAUER, A. C.; ... ; FERNANDES, V. O. Epidemiologia e impacto global do diabetes mellitus. In: OLIVEIRA, J. E. P. de.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Orgs.) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. p. 12-17,

- GOLBERT, A.; ROCHA, A. M. da.; VASQUES, A. C. J.; RIBEIRO, A. L. C. P.; VIANNA, A. G. D.; BAUER, A. C.; ...; FERNANDES, V. O. Princípios gerais da orientação nutricional no diabetes mellitus. In: OLIVEIRA, J. E. P. de.; FOSS-FREITAS, M. C.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Orgs.) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. p. 83-106.
- GOLBERT, A.; ROCHA, A. M. da.; VASQUES, A. C. J.; RIBEIRO, A. L. C. P.; VIANNA, A. G. D.; BAUER, A. C.; ...; FERNANDES, V. O. Atividade física e diabetes mellitus. In: OLIVEIRA, J. E. P. de.; FOSS-FREITAS, M. C.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Orgs.) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. p. 112-21.
- GONÇALVES, C. C. S. **Indicadores de obesidade como preditores de resistência à insulina em mulheres com excesso de peso**. 2015. 50f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015
- ISER, B. P. M.; STOPA, S. R.; CHUEIRI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, H. O. da C.; ...; SCHMIDT, M. I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 305-14, 2015.
- JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B.; ANDRADE, F. L. J. P. de; LIMA FILHO, B. F. de; MEDEIROS, R. J. de; OLIVEIRA, N. P. D. de; ...; LIMA, K. C. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3367-75, 2016.
- LIMA, D. F.; LIMA, L. A. LUIZ, O. C. Daily physical activity of Brazilian carriers of arterial hypertension: a transversal analysis. **Colombia Médica**, Cali, v. 48, n. 2, p. 82-7, 2017.
- LIMA, D. F.; ANGUERA, M. das G.; LIMA, L. A.; MAZZARDO JÚNIOR, O.; SAMPAIO, A. A.; SILVA JÚNIOR, A. P. da.; ...; LUIZ, O. do C. Padrão da atividade física de brasileiros diabéticos. **Saúde**, Santa Maria, v. 45, n. 2, p. 1-15, 2019.
- LOPES, H. F. Genética e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 87-91, 2014.
- MALACHIAS, M. V.; SOUZA, W. K. S. B. de; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T.; ...; MORENO JÚNIOR, H. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 12-91, 2017.
- MIRANZI, S. de S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. de A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008.
- MUSSI, F. C.; PORTELA, P. P.; BARRETO, L. E. S.; GAMA, G. G. G.; MENDES, A. S.; MACÉDO, T. T. de S. Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, n. 1, p. e20383, 2018.
- MUSSOLI, T. D. **Avaliação nutricional na prática clínica: da gestação ao envelhecimento**: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- NOBRE, F. (Coord.). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Cardiologia: Rio de Janeiro, 2010.
- PIRES, N. F.; PEREIRA, D. J.; MELO, S. E. F. C. de; SANTOS, R. C.; RENNÓ, A. L.; PAGANELLI, M. O.; MORENO JUNIOR, H. Estudo da superposição de mecanismos fisiopatológicos como modelo de hipertensão arterial com repercussões cardíacas graves. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 104-13, 2014.
- REIS, H. H. T.; MARINS, J. C. B. Nível de atividade física de diabéticos e hipertensos atendidos em um centro hiperdia. **Arquivos da Ciência da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 25-30, 2017.
- RETICENA, K. de O.; PIOLLI, K. C.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SALES, C.A. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HIPERDIA. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 107-13, 2015.
- SARAIVA, L. G. F.; DORNELAS, P. G.; CAU, S. B. de A.; CALÁBRIA, L. K. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma rede ambulatorial do hiperdia Minas em Governador Valadares-MG. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 40-7, 2016.
- SILVA, A. R. **Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde**. 2015. 76f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- SILVA, E. C.; MARTINSLL, M. S. A. S.; GUIMARÃES, L. V.; SEGRILL, N. J.; LOPES, M. A. L.; ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.
- SILVA, F. O. da; SUTO, C. S. S.; COSTA, L. E. L. Perfil de pacientes cadastrados no Hiperdia: conhecendo o estilo de vida. **Revista de Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p. 33-9, 2015.
- SILVA, W. C. M. da; FARAH, B. Q.; RICARTE, G. B. Atividade física e fatores associados em usuários do programa hiperdia de uma unidade de saúde da família do Recife. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 385-92, 2012.
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A. e; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, p. 1949-61, 2011.
- SOUZA, R. E. B.; OLIVEIRA, F. E.; CAVATTI, L. S. BROEDEL, P.; ARMANI, S. C.; LENZ, D.; ...; AROEIRA, K. P. Perfil nutricional de pacientes acompanhados pelo programa hiperdia em uma unidade de estratégia da família de Vila Velha-ES. **Ceres: Nutrição e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 139-50, 2011.
- STOPA, S. R. **Monitoramento da hipertensão e do diabetes mellitus no município de São Paulo**: evolução das prevalências e uso de medidas de controle. 2018. 129f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, 2018.
- VIANA, S. E. P.; SILVA, D. L. A.; SILVA, F. M. A. da; LINS, I. C. T.; ISER, B. P. M. Tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas entre professores do curso de medicina de uma universidade do Sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 48, n. 1, p. 48-59, 2019.
- VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. de; COLET, C. de F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 114-21, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os participantes da pesquisa.

## CONFLITO DE INTERESSE

Os autores do estudo declaram não haver conflito de interesses.

## FINANCIAMENTO

Este estudo não teve apoio financeiro.

## ORCID E E-MAIL DOS AUTORES

Suzana Alves da Silva Batista (Autor Correspondente)

ORCID: 0000-0003-1229-3114.

E-mail: suzana\_as@hotmail.com

Reginaldo José Carlini Junior

ORCID: 0000-0002-5958-8414.

E-mail: naldocarlini@yahoo.com.br

Eduardo José da Silva

ORCID: 0000-0003-3306-4871.

E-mail: eduardo73cabral@gmail.com

Silvia Alves da Silva

ORCID: 0000-0002-7194-9737.

E-mail: silviaalvessilva@hotmail.com