

PERCEPÇÃO DE CONFORTO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS: ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS

Sara Hellen Alves Lima¹
Huana Carolina Cândido Morais²

RESUMO

Objetivo: mensurar a percepção de conforto de pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na atenção primária e associar com as características sociodemográficas, clínicas e mudanças associadas ao tratamento dessas doenças. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido com 156 participantes. Os dados foram coletados por entrevista, entre março e julho de 2022, em três Unidades Básicas de Saúde de três cidades do Maciço de Baturité, Ceará. Aplicou-se formulário contendo variáveis sociodemográficas e clínicas e a Escala de Conforto Geral. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial, sendo respeitados os aspectos éticos (Parecer nº 5.383.323). **Resultados:** Predominaram mulheres, com mais de 60 anos de idade e baixa escolaridade. A média do escore total de conforto foi de 132,37 pontos, tendo o domínio psicoespiritual obtido a maior média (54,18 pontos) e o domínio físico a menor (20,03 pontos). Fazer uso de anti-hipertensivo acarretou 2,0 vezes mais chances de apresentar uma percepção positiva de conforto. Identificaram-se associações estatisticamente significantes entre o conforto geral e os parâmetros de pressão arterial normais ($p=0,040$), a assiduidade nas consultas ($p=0,011$) e não ter níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia ($p=0,006$), aspectos considerados positivos para o tratamento das doenças. **Conclusão:** A percepção de conforto dos participantes foi considerada positiva, associando-se com os valores normais de pressão arterial, assiduidade nas consultas e não ter níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia. Sugere-se outros estudos sobre a temática em populações com essas doenças e outros agravos e em cenários de cuidado diferentes.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Conforto do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to measure the perception of comfort of people with Hypertension and/or Diabetes Mellitus followed in primary care and associate it with sociodemographic and clinical characteristics and changes associated with the treatment of these diseases. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional study, developed with 156 participants. Data were collected by interview, between March and July 2022, in three Basic Health Units in three cities in the Maciço de Baturité, Ceará. A form containing sociodemographic and clinical variables and the General Comfort Scale was applied. Descriptive and inferential statistical analysis was carried out, respecting ethical aspects (Opinion nº 5,383,323). **Results:** There was a predominance of women, over 60 years of age and with low education. The mean total comfort score was 132.37 points, with the psycho-spiritual domain having the highest average (54.18 points) and the physical domain having the lowest (20.03 points). Taking antihypertensive medication was 2.0 times more likely to have a positive perception of comfort. Statistically significant associations were identified between general comfort and normal blood pressure parameters ($p=0.040$), attendance at consultations ($p=0.011$) and not having altered glycemic levels associated with symptoms ($p=0.006$), aspects considered positive for the treatment of diseases. **Conclusion:** The participants' perception of comfort was considered positive, being associated with normal blood pressure values, attendance at consultations and not having altered glycemic levels associated with symptoms. Further studies on the subject in populations with these diseases and other conditions and in different care settings are suggested.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Patient Comfort.

¹Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- Unilab.

²Orientadora. Profa. Dra. da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- Unilab.

Data de submissão e aprovação: 20/06/2023.

INTRODUÇÃO

O termo conforto é considerado polissêmico, e embora não haja uma definição universal é descrito, como uma sensação de bem-estar que está ligada diretamente ao consolo ou apoio¹. O conforto engloba as dimensões de segurança, suporte, interação familiar, consigo mesmo e com o cotidiano. Além disso, se torna importante para enfermagem por ser considerado uma necessidade humana básica que ajuda o profissional a identificar se o indivíduo demonstra satisfação com o bem estar ou não, de modo que seja possível propor estratégias que beneficiem o paciente. Ainda, avaliando se o paciente manifesta ou não o conforto e buscando proporcionar este conforto é possível garantir que o indivíduo aumente suas chances de ser fisicamente saudável, emocionalmente estável e psicologicamente disposto a buscar cada vez mais a qualidade de vida desejada².

A teórica de enfermagem Katharine Kocalba descreve o conforto como uma vivência imediata, intensificada pelo sentimento de alívio, tranquilidade e transcendência, englobando aspectos físicos, psicoespirituais, sociais e ambientais. Sendo assim, identificado como multifatorial, não somente estando relacionado a ausência de dor, referindo-se a um bem-estar do corpo e da *psique*³. Florence Nightingale, considerada fundadora da enfermagem moderna, também levava em consideração a importância da percepção de conforto positivo do paciente em sua teoria ambientalista, tendo em vista sua ótica sistêmica para o atendimento holístico centrado no indivíduo⁴.

A percepção de conforto de pessoas com doenças e seus fatores associados já foram investigados em pesquisas anteriores. Em uma delas, desenvolvida em uma unidade de terapia renal substitutiva no estado da Paraíba, foi observado que ser jovem, casado e ter uma mobilidade física adequada são fatores contribuintes para um maior conforto, sendo também analisado um maior nível de conforto em indivíduos do sexo masculino⁵.

Desse modo, as pessoas com alguma doença podem experimentar diversos níveis de desconforto, o que evidencia a necessidade de um atendimento de enfermagem individualizado e qualificado, sob a perspectiva de um plano de assistência eficaz, para atingirem um nível conforto almejado⁶. Ainda, alguns questionamentos devem ser elencados quando nos referimos ao conforto,

tais como: antecedentes, domínios afetados, necessidades existentes, intervenções e mecanismos de avaliação, indicando um elevado grau de complexidade para sua avaliação².

Um dos instrumentos empregados para mensurar a percepção de conforto é a Escala de Conforto Geral, que já foi aplicada com idosos hospitalizados em unidades de terapia intensiva⁷, familiares de pessoas em estado crítico⁸ e pacientes renais crônicos hemodialíticos⁵. Contudo, não foram identificados estudos que abordassem o conforto de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, caracterizados por sintomatologias individuais que podem manifestar-se sob diferentes níveis de intensidade. Bem como não foram encontrados trabalhos que investigassem a associação entre o conforto e características sociodemográficas, clínicas e mudanças associadas ao tratamento das doenças dessas pessoas.

A adesão ao tratamento medicamentoso é essencial no processo terapêutico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, os achados na literatura ponderam que a maioria dos indivíduos é adepta a essa prática fazendo seu uso regularmente. Essa adesão pode ser relacionada ao conforto, uma vez que o uso de medicação possibilita o controle de ambas as doenças, bem como de seus sintomas. Assim, tornando-se evidente a melhoria na qualidade de vida que pode acontecer devido à autogestão da saúde derivada de atitudes do próprio indivíduo⁹.

Apesar da adesão medicamentosa favorável, apenas um terço dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis pratica atividade física na quantidade recomendada. A maioria não mantém uma alimentação saudável, e essa prevalência se sobressai, principalmente, em indivíduos acima de 80 anos de idade. O sedentarismo e a ociosidade são fatores negativos que proporcionam um menor conforto a longo prazo para os pacientes doentes crônicos, pois tem como uma de suas consequências a obesidade. Além disso, uma alimentação desregrada contribui para o aumento dos níveis glicêmicos e da pressão arterial, fazendo com que os pacientes tenham seu conforto reduzido, pelo agravamento da doença, estresse pela busca de atendimento no serviço de saúde e possibilidade de desenvolvimento de outras patologias associadas¹⁰.

Em contrapartida, o domínio psicoespiritual componente do conforto, pode favorecer um enfrentamento eficaz dessas doenças crônicas. A crença está diretamente atrelada ao bem-estar, uma vez que o apego emocional contribui para a construção de uma mentalidade positiva e consequente diminuição de casos de depressão e suicídio, acreditando-se que a fé seja capaz de

favorecer o processo de cura e amenizar o sofrimento¹¹. Destaca-se que mesmo pessoas com conforto adequado no domínio psicoespiritual podem apresentar dificuldades em outros componentes comprometendo a percepção geral de conforto.

Portanto, é necessário que a equipe de enfermagem incentive os pacientes acometidos por doenças crônicas, como hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus a terem ações que favoreçam o seu processo de tratamento e associe elementos da sua terapêutica ao conforto desejado. Bem como é imprescindível que a enfermagem atue como colaboradora desse bem-estar, por meio de ações diretas no cuidado tanto físico, quanto emocional. Ademais, ações utilizando tecnologias leves ainda são capazes de fornecer conforto aos pacientes que precisam, por meio do fortalecimento de elos profissional-saúde-paciente-família¹².

A justificativa para a realização deste estudo se dá pelo fato de o conforto ser um conceito pertinente quando nos referimos aos pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde, em especial aqueles diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, na medida que são o público que possui o maior índice de busca por assistência¹³. Portanto, deve-se fazer esta investigação, tendo em vista que a percepção de conforto negativa ou positiva dos pacientes pode afetar na aceitação da condição, no modo como lidam com a doença, no seu estilo de vida e no seu processo terapêutico. Ao se identificar que as ações desse público podem se associar ao conforto, intervenções podem ser planejadas e executadas, de modo que esses pacientes tenham uma expectativa de melhora no tratamento e aumento da longevidade.

Ressalta-se que não foram identificados estudos que apontassem como o conforto interfere em uma maior disposição para o tratamento desses indivíduos, do mesmo modo que não se sabe se a perspectiva de progresso dos pacientes eleva suas chances de manutenção do regime medicamentoso contínuo¹³. A enfermagem como categoria ímpar no cuidado central aos pacientes deve instigar o doente crônico a realizar e manter práticas de médio a longo prazo que favoreçam o seu bem-estar, e que sejam utilizadas como mecanismo de motivação para continuidade do tratamento da patologia, bem como o enfermeiro deve dialogar com a família para que a mesma compreenda seu fundamental papel na vida desses indivíduos.

Diante do contexto apresentado, o objetivo deste trabalho foi mensurar a percepção de conforto de indivíduos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na atenção primária e associar com o conforto as características sociodemográficas, clínicas e mudanças

associadas ao tratamento dessas doenças. Espera-se apontar quais características pessoais ou relacionadas ao tratamento das condições crônicas investigadas estão mais associadas com a percepção positiva de conforto, a fim de que as mesmas possam ser reforçadas pelos enfermeiros da atenção primária, tendo como consequência o aumento da adesão terapêutica e da qualidade de vida desses indivíduos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. A pesquisa foi realizada no período de março a julho de 2022, em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas nas cidades de Redenção, Acarape e Aracoiaba, pertencentes a região do Maciço de Baturité, no Ceará. Tais unidades foram escolhidas pelo fácil acesso e pela maior probabilidade de encontrar o público alvo. Para selecionar a população foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: adultos maiores de 18 anos e idosos, de ambos os sexos, diagnosticados com Hipertensão Arterial (HA) e/ou Diabetes Mellitus (DM) e acompanhados nas unidades selecionadas para o estudo. Em contrapartida, foram excluídas da pesquisa pessoas que possuíam incapacidade de responder ao formulário de coleta de dados, por dificuldade de compreensão e/ou verbalização e mulheres que estivessem em período gestacional.

A amostragem ocorreu por conveniência, de acordo com o tempo destinado para a coleta dos dados. Inicialmente, optou-se por captar os participantes de forma consecutiva, a partir da busca do usuário por atendimento nas UBS. Porém, diante do baixo comparecimento desses usuários às UBS, ainda devido às consequências da pandemia, optou-se pela busca ativa dos pacientes acompanhados nas referidas unidades, sendo a entrevista realizada em visita domiciliar. A amostra final resultou em 156 pessoas, adultas e idosas com o diagnóstico médico de HA e/ou DM, acompanhadas na atenção primária.

Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa após as consultas médicas ou de enfermagem ou ao iniciar a visita domiciliar, de modo que não interferisse nas atividades propostas pela atenção primária. A abordagem ao participante teve início com o convite para participar, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posterior diálogo sobre

riscos, benefícios e relevância da pesquisa. Após o consentimento, ocorreu uma entrevista para aplicação de um formulário e da Escala de Conforto Geral.

No formulário foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e religião) e variáveis clínicas (diagnóstico médico e comorbidades, peso e altura referidos e caracterização do tratamento). Para verificar a percepção de conforto foi aplicada a versão brasileira da Escala de Conforto Geral (ECG) composto por 48 itens, adaptado culturalmente e validado no país, com confiabilidade verificada pelo alfa de Cronbach de 0,80, variando nos 48 itens da escala entre 0,791 e 0,818¹⁴. A escala verifica o conforto de pacientes em qualquer condição clínica nas dimensões física, social, psicoespiritual e ambiental. Os escores variam de 48 (muito pouco conforto) até 192 (excelente conforto).

Cada item inclui uma escala tipo Likert de quatro pontos, na qual um significa que o paciente discorda completamente e quatro que o paciente concorda completamente com a afirmação da pergunta. A ECG apresenta três estados de necessidades humanas básicas: alívio, tranquilidade e transcendência, que emergem de situações que causam estresse em cuidados de saúde nos contextos investigados¹⁴. O item “Eu me sinto desconfortável porque não estou vestido(a)” foi retirado da pesquisa, pois não se enquadra no momento das entrevistas, totalizando 47 itens para avaliação.

Na análise estatística descritiva foram calculadas frequências relativa e absoluta (variáveis categóricas), média, desvio-padrão, mediana, mínimo, máximo (variáveis contínuas). Na análise inferencial foi aplicado o teste de qui-quadrado, para verificar associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a percepção de conforto. Como não existe um ponto de corte definido na literatura para determinar a percepção de conforto, considerou-se a mediana obtida na análise dos participantes, definindo-se valores de escore total ≥ 130 pontos como percepção positiva de conforto. Para os resultados considerados significativos (valores de $p < 0,05$) foi calculada a razão de chance e apresentado o intervalo de confiança. Para correlacionar o escore total e os valores obtidos nos domínios da Escala de Conforto Geral com as mudanças associadas ao tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, aplicou-se o teste de U de Mann-Whitney, considerando-se significativos valores de $p < 0,05$.

Destaca-se que foram respeitados todos os protocolos estaduais e municipais para prevenir o contágio por covid-19, sendo assim, as pesquisadoras utilizaram o Equipamento de Proteção

Individual recomendado no período (máscara cirúrgica ou N95 ou PFF2), solicitaram que o participante usasse a máscara recomendada, fizesse uso de álcool a 70% ou lavagem das mãos e respeitasse o distanciamento social de 1 metro do participante ou outra pessoa. Ademais, todos os participantes assinaram o TCLE em duas cópias, e receberam uma das vias. Foram garantidos o anonimato dos mesmos bem como o sigilo das informações. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Parecer No 5.255.724), após a anuência dos municípios envolvidos, manifestada pela assinatura dos Termos de Anuência.

RESULTADOS

Participaram do estudo 156 pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. A maioria era de mulheres (71,2%), com mais de 60 anos de idade (53,5%), que tinham companheiro e ensino fundamental incompleto (59%). Ainda, a maior parte afirmou ter ocupação com renda mensal (78,8%), residir com terceiros (cônjuges, filhos, netos, amigos e outros familiares) (89,7%), e referiram ter alguma religião ou crença espiritual (95,5%).

Na análise das características sociodemográficas não ocorreram associações estatisticamente significantes, contudo a percepção positiva de conforto foi mais frequente em indivíduos com idade > 60 anos e que tinham baixa escolaridade, representada por aqueles que não frequentaram a escola ou não concluíram o ensino fundamental ou médio. Em contrapartida, a percepção negativa de conforto foi demonstrada com maior prevalência no público feminino, que possuía companheiro, com ocupação com renda mensal, que residiam com terceiros (cônjuges, filhos, netos, amigos e outros familiares) e que tinham religião ou crença espiritual (Tabela 1). Ressalta-se que um participante não soube ou não quis informar sua idade.

Tabela 1 – Percepção de conforto de acordo com dados sociodemográficos (n=156). Aracoiaba/Acarape/Redenção-CE, 2022

Variáveis	Escala de Conforto Geral	Valor p ¹
-----------	--------------------------	----------------------

	Percepção positiva de conforto (≥ 130 pontos)		Percepção negativa de conforto (< 130 pontos)		
	n	%	n	%	
Idade					0,158
≤ 60 anos	30	19,4	42	27,1	
> 60 anos	44	28,4	39	25,2	
Sexo					0,822
Masculino	21	13,5	24	15,4	
Feminino	54	34,6	57	36,5	
Grau de instrução					0,209
Baixa escolaridade (não frequentou a escola e ensino fundamental e médio incompleto)	56	35,9	53	34,0	
Média/Alta escolaridade (ensino fundamental completo, ensino superior completo, pós-graduação)	19	12,2	28	17,9	
Estado civil					0,168
Com companheiro	40	25,6	52	33,3	
Sem companheiro	35	22,4	29	18,6	
Ocupação					0,656
Com renda mensal	58	37,2	65	41,7	
Sem renda mensal	17	10,9	16	10,3	
Arranjo familiar					0,810
Sozinho	11	7,1	5	3,2	
Com terceiros (cônjuges, filhos, netos, amigos e outros familiares)	64	41,0	76	48,7	
Religião ou crença					0,623
Sim	71	45,5	78	50,0	
Não	4	2,6	3	1,9	

¹Qui-quadrado de Pearson.

No que concerne às variáveis clínicas, a percepção positiva de conforto foi predominante em indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial que faziam uso do tratamento farmacológico. Utilizar medicação anti-hipertensiva esteve significativamente associado com o conforto ($p=0,011$), identificou-se que os participantes que utilizavam essa medicação tinham 2,0 vezes mais chances de apresentarem uma percepção positiva de conforto ($RC= 2,033$; $IC=1,053-3,927$) (Tabela 2).

Não obstante, a percepção negativa de conforto foi verificada mais frequentemente nos participantes diagnosticados com diabetes mellitus, que não realizavam terapêutica medicamentosa. Ademais, tanto os pacientes com hipertensão arterial, quanto os pacientes com diabetes mellitus com comorbidades, com sobrepeso (25 até 29,9 kg/m²) e com obesidade (≥ 30 kg/m²), demonstraram percepção negativa de conforto (Tabela 2). Alguns participantes não souberam ou não quiseram referir os valores de peso e altura, impedindo o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Tabela 2 - Percepção de conforto de acordo com dados clínicos. Aracoiaba/Acarape/Redenção-CE, 2022

Variáveis	Escala de Conforto Geral				Valor p ¹
	Percepção positiva de conforto (≥ 130 pontos)		Percepção negativa de conforto (< 130 pontos)		
	n	%	n	%	
Diagnóstico de Hipertensão Arterial (n= 156)					0,054
Sim	69	44,2	66	42,3	
Não	6	3,8	15	9,6	
Diagnóstico de Diabetes Mellitus (n= 156)					0,584
Sim	31	19,9	37	23,7	
Não	44	28,2	44	28,2	
Comorbidades (n= 156)					0,873
Sim	38	24,4	40	25,6	
Não	37	23,7	41	26,3	
Índice de Massa Corporal (n= 149)					0,248
Normal	20	13,4	14	9,4	
Sobrepeso	22	14,8	32	21,5	
Obesidade	28	18,8	33	22,1	
Medicamento anti-hipertensivo (n= 156)					0,011*
Sim	68	43,6	61	39,1	
Não	7	4,5	20	12,8	
Medicação hipoglicemiante (n= 156)					0,955
Sim	33	21,2	36	23,1	
Não	42	26,9	45	28,8	

¹Qui-quadrado de Pearson; *p<0,05.

Acerca das dimensões do conforto, a maior média obtida foi do domínio psicoespiritual com o valor de 54,18 (DP= 5,3) pontos, em contrapartida o domínio que obteve a menor média foi o físico com 20,03 (DP= 4,4) pontos (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise da Escala de Conforto Geral, a partir do escore total e de cada domínio. Acarape/ Aracoíaba/ Redenção, 2022.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor p ¹
Domínio Físico	20,03	4,4	19,0	12	32	<0,000
Domínio Sociocultural	31,82	4,7	32,0	17	44	0,675
Domínio Ambiental	26,35	3,6	25,0	18	37	0,002
Domínio Psicoespiritual	54,18	5,3	54,0	41	68	0,118
Conforto Total	132,37	12,8	130,0	105	170	0,001

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022. DP= desvio padrão. ¹Shapiro-Wilk.

Ao observar o escore total e os domínios da Escala de Conforto Geral com mudanças relacionadas ao tratamento da Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, foi verificada a existência de associações estatisticamente significantes entre o conforto total e parâmetros de pressão arterial normais ($p=0,040$), e assiduidade nas consultas ($p=0,011$) e não ter níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia ($p=0,006$), considerados positivos no tratamento das doenças. Porém, identificou-se associação entre o conforto e a não participação em ações de saúde ($p=0,002$).

Além disso, foram constatadas associações entre as pontuações dos domínios e variáveis, foram elas: domínio ambiental e alimentação saudável ($p=0,040$); domínio psicoespiritual com lazer ($p=0,048$), assiduidade nas consultas ($p=0,024$), parâmetros normais da pressão arterial ($p=0,006$), não ter níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia ($p=0,012$) e não participar de ações de saúde ($p=0,024$); domínio sociocultural com não participação em ações de saúde ($p=0,001$), valor de pressão arterial elevados em algum momento da vida ($p=0,040$) e não ter níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia ($p=0,006$) (Tabela 4).

Ressalta-se que algumas variáveis clínicas ou mudanças relacionadas ao tratamento da doença só foram respondidas pelos participantes com diagnóstico de HA (tempo de diagnóstico da HA, valores referidos de pressão arterial, uso de medicamento anti-hipertensivo), ou DM (tempo de diagnóstico de DM, tipo de DM e glicemia nas últimas verificações). Ademais, optou-se por

expor na Tabela 4 somente as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com os escores de conforto avaliados.

Tabela 4 – Análise inferencial do escore total e dos domínios da Escala de Conforto Geral com mudanças relacionadas ao tratamento da Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Acarape/ Aracoiaíba/ Redenção, 2022.

Variáveis	n	%	Postos de Média Conforto Total	P-valor ¹
Participação em ações de saúde				
Sim	27	17,4	102,52	0,000*
Não	128	82,6	72,83	
Parâmetros de Pressão Arterial normais				
Sim	102	77,3	62,79	0,040*
Não	30	22,7	79,12	
Níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia				
Sim	21	30,4	44,93	0,006*
Não	48	69,6	30,66	
Assiduidade nas consultas				
Sim	126	81,3	57,10	0,011*
Não	29	18,7	58,86	
Variáveis	n	%	Postos de Média Domínio Ambiental	P-valor ¹
Alimentação Saudável				
Sim	113	72,9	82,48	0,040*
Não	42	27,1	65,95	
Variáveis	n	%	Postos de Média Domínio Psicoespiritual	P-valor ¹
Lazer				
Sim	118	76,1	81,77	0,048*
Não	37	23,9	65,28	
Assiduidade nas consultas				
Sim	126	81,3	81,91	0,024*
Não	29	18,7	61,02	
Participação em ações de saúde				
Sim	27	17,4	95,67	0,024*
Não	128	82,6	74,27	
Parâmetros de Pressão Arterial normais				
Sim	102	77,3	61,55	0,006*
Não	30	22,7	83,33	
Níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia				
Sim	21	30,4	44,19	0,012*

Variáveis	n	%	Postos de Média Domínio Sociocultural	P-valor ¹
Não	48	69,6	30,98	
Participação em ações de saúde				
Sim	27	17,4	104,07	0,001*
Não	128	82,6	72,50	
Valores de Pressão Arterial elevados em algum momento da vida				
Sim	98	73,1	71,67	0,040*
Não	36	26,9	56,15	
Níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia				
Sim	21	30,4	44,93	0,006*
Não	48	69,6	30,66	

¹U de Mann-Whitney. *p<0,05

DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa, indicam um perfil sociodemográfico e clínico semelhante ao de outros estudos com pessoas com HA e/ou DM^{15,16}, e essas variáveis não estiveram associadas ao nível de conforto mensurado. Todavia, as características mais associadas com a percepção positiva foram a idade maior que 60 anos e a baixa escolaridade. Sobre as mudanças relacionadas ao tratamento das doenças, foi constatado que se o paciente com hipertensão arterial segue a terapêutica medicamentosa o seu conforto é aumentado, sendo esse dado positivo no processo de tratamento.

Indivíduos mais acometidos por doenças crônicas, tais como Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, foram mulheres, e as pesquisas justificam tal resultado pela resistência dos homens em cuidar do seu bem estar, pela dificuldade em ser assíduo nas consultas e pelos estigmas ainda enraizados. Portanto, são esses os fatores contribuintes para a diminuição na busca pelo serviço de assistência primária por parte do público masculino¹⁵. Dessa forma a possibilidade de rastreio e diagnóstico de doenças crônicas tendem a ser mais prevalentes na população feminina, por priorizarem mais a saúde, por meio do comparecimento às unidades básicas. Ademais, para as mulheres o conforto está relacionado ao cuidado tanto físico quanto mental, e a busca pela UBS

com mais frequência ocorre devido a fatores biológicos e por conta da maternidade¹⁷. Neste estudo, houve uma distribuição similar de mulheres entre as percepções positiva e negativa de conforto.

A população de faixa etária avançada detém um arcabouço de experiências, sendo capazes de analisar com mais critério situações físicas, socioculturais, ambientais e psicoespirituais, estando apta a diferenciar o que seria um real desconforto de uma situação meramente indesejada. Portanto, sendo mais propensas a considerarem seu estado de conforto positivo mesmo com situações físicas ou de outra dimensão que poderiam comprometer essa avaliação por pessoas mais jovens¹⁶. Enquanto, indivíduos com baixa escolaridade demonstram uma percepção positiva de conforto, podendo estar associado a menor estresse ocupacional. Destaca-se que essa parte da população, em sua maioria tem oportunidade de crescimento profissional reduzida, com menor espaço no mercado de trabalho e menos colocações em cargos de confiança, o que difere daqueles que possuem grau de instrução elevado e tendem a ser mais exigidos por suas responsabilidades empregatícias, gerando um elevado nível de estresse ocupacional e desenvolvimento de doenças¹⁸.

A relevância de uma rede de apoio é imprescindível em todos os domínios do conforto do paciente diagnosticado com HA e/ou DM, tendo em vista que é pilar de incentivo para atingir adesão ao tratamento. Enquanto a falta de interação social se configura como fator prejudicial para a saúde, favorecendo o uso de cigarro, obesidade, níveis pressóricos elevados e ausência de atividade física¹⁹. Apesar disso, neste estudo a percepção negativa do conforto foi prevalente nos indivíduos que possuíam companheiro e que residiam com terceiros, indicando que o modo como as relações interpessoais acontecem, influencia positiva ou negativamente no bem estar da pessoa.

A terapia medicamentosa é uma das principais aliadas no tratamento dos pacientes acometidos com hipertensão arterial, pois além de colaborar para a estabilização da pressão arterial, também favorece a diminuição de potenciais riscos que a doença pode acarretar, como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença arterial periférica²⁰. Neste estudo, os indivíduos que faziam uso das medicações anti-hipertensivas apresentaram duas vezes mais chances de apresentar percepção positiva de conforto. Em pesquisa semelhante desenvolvida em Manhuaçu, Minas Gerais, foi analisado que 84,4% dos participantes não demonstraram incômodo por seguirem adequadamente o tratamento indicado e 80,8% não manifestaram descuidos na adesão a terapêutica farmacológica²⁰. Portanto, infere-se que o uso de medicamentos afeta de maneira positiva a vida dos pacientes com hipertensão arterial, sendo um aspecto relevante para a qualidade de vida.

Em contraponto, foi visto que pessoas com o diagnóstico de diabetes mellitus e que não referem aderir a terapêutica medicamentosa demonstraram percepção negativa do conforto. As complicações microvasculares do DM mais prevalentes podem variar desde alterações oftalmológicas, disfunções renais até amputação de membros, em vista disso a ocorrência de sinais e sintomas não controlados por fármacos antidiabéticos pode manifestar-se contribuindo para o agravamento da doença²¹.

Além disso, o sedentarismo, o excesso de peso e as comorbidades eram mais prevalentes nas pessoas com percepção negativa de conforto, podendo ser considerados fatores negativos para o bem estar do indivíduo. Haja vista que o afetam física e psicologicamente, fazendo com que alterações funcionais o prejudiquem e a distorção da autoimagem construa sentimentos de baixa autoestima e insegurança. A partir disso, o profissional de saúde, familiares e amigos são necessários, pois por intermédio de apoio psicológico e do incentivo à adesão medicamentosa, prática de atividade física e alimentação saudável é possível fazer com que o paciente seja capaz de mudar seus hábitos tornando-se adepto das boas práticas de saúde²².

Considerando os domínios investigados sobre o conforto, obteve-se maiores escores para o psicoespiritual. Destaca-se que a maioria dos participantes referiu possuir algum tipo de religião ou crença e esse é um aspecto positivo que auxilia no tratamento dos indivíduos com HA e/ou DM, pois faz com que os pacientes tenham fonte de esperança acreditando em sua recuperação e adquiram motivação para seguirem o regime terapêutico²³. A espiritualidade é singela e individual sendo marcante no cotidiano da população mais idosa, que acredita que por meio da fé, dores e angústias podem ser amenizadas e, que o apego a crença facilita a aceitação da condição clínica e promove reflexões sobre a morte²⁴.

Enquanto, o domínio físico foi o que obteve menor escore. Em revisão integrativa direcionada para pacientes internados em cuidados intensivos foi analisado que 28% das necessidades emergem no contexto físico, como: dor, taquipneia por estresse respiratório, posicionamentos, secreções, lesão por pressão, hipertensão e taquicardia²⁵. Por isso, a importância do profissional de enfermagem como gestor no processo de planejamento, implementação e avaliação de ações de resolubilidade a longo prazo. Não foram identificadas publicações que abordassem essa percepção em pessoas acompanhadas na atenção primária.

O estudo apresentou relações entre as mudanças associadas ao tratamento da HA e/ou do DM com um maior conforto. Em estudo clínico desenvolvido na cidade de Maceió-Alagoas, foi observado que após a realização de ações educativas houve aprimoramento de conhecimento sobre HA e DM em pacientes acometidos por ambas as patologias e avaliado a disposição para autocuidado nos pacientes com DM.

A capacidade do paciente em ter uma perspectiva de melhora aumenta quando ele passa a ter informações sobre sua condição crônica, pois é ofertado ao indivíduo através da comunicação e diálogo estratégias que podem favorecer a sua clínica, bem como é disponibilizado a ele momentos de reflexão e conscientização sobre possíveis agravamentos da doença caso não sejam tomadas medidas de controle²⁶. Assim, infere-se que o aumento do conhecimento por meio da assiduidade nas consultas ocasione maior conforto para o paciente.

Fatores como alimentação saudável, hidratação regular e estilo de vida adequados podem contribuir para a manutenção dos níveis pressóricos satisfatórios, portanto se o indivíduo associa esses hábitos a uma melhor qualidade de vida, atrelados a pressão arterial considerada aceitável dentro dos parâmetros de normalidade, poderá ter o conforto desejado²⁷. É válido destacar que o conforto também está associado a alteração dos níveis glicêmicos de indivíduos diagnosticados com DM, uma vez que a manifestação de sinais e sintomas afetam atividades de vida diária, necessidades humanas básicas, relações sociais, e por vezes restringem hábitos alimentícios fazendo com que os pacientes se sintam privados de liberdade o que recai de maneira negativa sob sua esfera emocional²⁸.

Manter-se assíduo às consultas de acompanhamento na atenção primária implica em maior conforto. Essa relação de causa e consequência se dá pelo fato dos indivíduos ao comparecerem à UBS terem sua pressão arterial e glicemia verificadas, podendo ser realizadas intervenções de saúde caso estejam fora dos padrões estimados. Outrossim, também é possível durante a consulta de enfermagem prestada ao paciente com HA e/ou DM analisar se o tratamento está sendo feito de forma correta, por intermédio de questionamentos relacionados ao aprazamento e administração de medicações, e ainda avaliar o paciente de forma integral, equânime e resolutiva por meio da anamnese, exame físico, solicitação de exames laboratoriais e encaminhamento para atendimento especializado, caso haja necessidade²⁹.

O estresse e a depressão são capazes de desregular o sistema biológico do ser humano, à medida que a satisfação com a vida é reduzida. Os efeitos causados pelo domínio psicoespiritual podem impactar no lazer dos indivíduos, uma vez que momentos satisfatórios, podem gerar situações de desconforto, como: sair com amigos e não poder consumir determinados alimentos, frequentar reuniões de família e não conseguir compartilhar dificuldades enfrentadas pela doença, ou até mesmo ter o seu padrão de sono prejudicado devido à ansiedade.

Nesse contexto, é importante que além da assistência de enfermagem direcionada ao tratamento da doença, a saúde mental das pessoas com HA e/ou DM também seja levada em consideração, de modo que seja estabelecido contato com redes de apoio e suporte terapêutico psicológico que auxilie durante o processo de aceitação da condição e incentive o indivíduo a ter práticas de entretenimento e distrações que possibilitem a o afastamento de pensamentos negativos³⁰.

Verificou-se a associação do domínio sociocultural com as variáveis valor de pressão arterial elevado em algum momento da vida e níveis glicêmicos associados à sintomatologia do paciente. Estudos ponderam que cada população tem seus costumes, suas tradições e seus modos de vida, principalmente ao que concerne à alimentação, com a utilização de variados temperos e o histórico familiar trazendo consigo heranças genéticas. Esses fatores podem ser apontados como contribuintes para predispor o indivíduo quanto ao desenvolvimento de HA e/ou DM¹⁹. Portanto, o profissional de enfermagem desempenha papel fundamental no cuidado prestado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, por intermédio da identificação de fatores causadores da doença, alternativas terapêuticas e acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente, podendo utilizar a percepção de conforto como guia para elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Acerca das limitações desta pesquisa, o método de entrevista com dados referidos, sem exame físico ou consulta a prontuários, pode ter comprometido a identificação de dados clínicos e das mudanças relacionadas ao tratamento das doenças. Assim como, a coleta ocorrer em ambientes diferentes, UBS e domicílios dos participantes, o que pode ter comprometido a mensuração da percepção de conforto, apesar do uso de formulário validado para investigar o fenômeno.

Ressalta-se a percepção positiva de conforto como algo almejado durante o tratamento de pessoas com HA e/ou DM. Logo, ao identificar quais fatores estão associados a esse conforto almejado, o profissional de enfermagem poderá ofertar um cuidado mais individual, qualificado e prioritário direcionado às reais necessidades do paciente. Espera-se que este estudo contribua para organizar a sistematização da assistência de enfermagem, bem como colabore para capacitação da equipe multiprofissional dos municípios investigados.

CONCLUSÃO

Predominaram no estudo, mulheres (71,2%), com mais de 60 anos de idade (53,5%), que tinham baixa escolaridade (69,9%). No que concerne às variáveis clínicas, a percepção positiva de conforto foi predominante em indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial que faziam uso do tratamento farmacológico. Enquanto a percepção negativa de conforto foi verificada mais frequentemente nos participantes diagnosticados com diabetes mellitus, que não realizavam terapêutica medicamentosa, possuíam comorbidades e estavam com sobrepeso ou obesidade. A média do escore total de conforto foi de 132,37 pontos, tendo o domínio psicoespiritual obtido a maior média (54,18 pontos) e o domínio físico a menor (20,03 pontos).

Somente o uso de anti-hipertensivo esteve associado estatisticamente com 2,0 vezes mais chances de apresentar uma percepção positiva de conforto. Enquanto ao se considerar o valor total da escala identificaram-se associações estatisticamente significantes entre o conforto geral e os parâmetros de pressão arterial normais ($p=0,040$), a assiduidade nas consultas ($p=0,011$) e não ter níveis glicêmicos alterados associados à sintomatologia ($p=0,006$), aspectos considerados positivos para o tratamento das doenças.

Os achados na literatura sobre essa temática são escassos, portanto, a presente pesquisa se torna inovadora, podendo ser utilizada como base para estudos e aplicações práticas na área da saúde, de modo que a assistência de enfermagem prestada aos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, seja pautada no incentivo a adoção de elementos que colaborem para o maior conforto dos pacientes, bem como contribuem para continuidade do processo terapêutico. Sugere-se outros estudos sobre a temática em populações com essas doenças e outros agravos e em cenários de cuidado diferentes.

REFERÊNCIAS

- ¹PEREIRA CS, MERCÊS CA, LOPES RO, SOUZA JF, SOUTO JS, BRANDÃO MA. Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de Disposição para Conforto melhorado. Escola Anna Nery, v. 24, 2020.
- ²MARTINS AG, SOUSA PP, MARQUES RM. Conforto: Contributo Teórico para a Enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 27, 2022.
- ³KOCALBA K. Comfort Theory and practice: a vision for holistic health care and research. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 2003.
- ⁴MOTTA RO, OLIVEIRA ML, AZEVEDO SL. Contribuição da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale no Controle das Infecções Hospitalares. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 2, n. 3, p. 112-112, 2021.
- ⁵MELO GA, AGUIAR LL, SILVA RA, QUIRINO GS, PINHEIRO AK, CAETANO JA. Fatores relacionados ao conforto prejudicado em pacientes renais crônicos hemodialíticos. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 889-895, 2019.
- ⁶CASTRO MC, FULY PS, SANTOS ML, CHAGAS MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, 2021.
- ⁷CARDOSO, RB, SOUSA PA, CALDAS CP, BITERCOURT GR. Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. Revista de Enfermagem Referência, n. 4, 2020.
- ⁸MACHADO EM, BRUSAMARELLO T. Nível de conforto na dimensão segurança de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 3, 2020.
- ⁹SILVA AC, et al. A polifarmácia entre pacientes hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 8, p. e8006-e8006, 2021.
- ¹⁰SOUZA CP, et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares e de atividade física numa estratégia de saúde da família de Presidente Prudente–SP. ConScientia e Saúde, v. 19, n. 1, p. 18221, 2020.
- ¹¹SILVA LG, SCHIAVE GD, BONAMIGO LA, HAPNER LR. Relação entre medicina e espiritualidade/religiosidade: impacto no processo de adoecimento. Revista Uningá, v. 57, n. 4, p. 93-100, 2020.

¹²GLÓRIA FP, TAVARES PE, CORIAT JA, FERNANDES RN, PORTELA TW. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 7, p. e10753-e10753, 2022.

¹³FIGUEIREDO AE, CECCON RF, FIGUEIREDO JH. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciencia & saude coletiva*, v. 26, p. 77-88, 2021.

¹⁴MELO GA, SILVA RA, PEREIRA FG, CAETANO JA. Adaptação cultural e confiabilidade do General Comfort Questionnaire para pacientes renais crônicos no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, 2017.

¹⁵VIEIRA UA, ARAUJO MO, ARAUJO BO, PAIXÃO GP. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 10, n. 1, p. 58-66, 2020.

¹⁶MELO LD, SENA CA, GOMES AM, PARREIRA PM, PINTO PF, ROCHA JC. Representações sociais elaboradas por pessoas idosas sobre ser idoso ou envelhecido: abordagens estrutural e processual. *Revista Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria*, v. 10, p. 1-19, 2020.

¹⁷GUTMANN VL, SANTOS D, SILVA CD, VALLEJOS CC, ACOSTA DF, MOTA MS. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde/Reasons that take women and men to seek the basic health units. *Journal of Nursing and Health*, v. 12, n. 2, 2022.

¹⁸SILVA GN. (Re) conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 12, n. 1, p. 51-61, 2019.

¹⁹BANKOFF AD, BISPO IM, SOUSA, MA. Estudo da cultura alimentar, hábitos de vida e influências sobre as doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, v. 10, n. 1, p. 1-18, 2020.

²⁰FERNANDES PS, BEZERRA IM, TEMER JC, ABREU LC. Acesso e uso racional de medicamentos para hipertensão na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 33, 2020.

²¹SANTOS AL, et al. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus e relação com a assistência na atenção primária. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, 2020.

²²SILVA RS, BEZERRA JA, SILVA KV, SILVA NN, LOPES DT. A importância da atividade física em idosos com diabetes Revisão Bibliográfica. *Diálogos em Saúde*, v. 1, n. 2, 2019.

²³STEPHANINI J, PASQUETTI PN, KOLANKIEWIEWICZ AC, LORO MM. Espiritualidade no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. *Salão do Conhecimento*, 2019.

- ²⁴MOREIRA DA, PORTELLA MR, ALVES VP. A religiosidade e a espiritualidade como força e sentido à vida em idosos institucionalizados. *Revista Temas em Saúde*. v. 20, n. 5, p. 185-202, 2020.
- ²⁵FARIA JM, SOUSA PP, GOMES MJ. O conforto do doente em cuidados intensivos-revisão integrativa. *Enfermería Global*, v. 17, n. 2, p. 477-514, 2018.
- ²⁶ROCHA MF, WANDERLEY FA, SANTOS AA. Programa educativo na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Revista Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 13, n. 3, p. 94-109, 2020.
- ²⁷JARDIM TV, SOUZA AL, BARROSO WK, JARDIM PC. Controle da pressão arterial e fatores associados em um serviço multidisciplinar de tratamento da hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 115, p. 174-181, 2020.
- ²⁸CAMBOIM FE, DANTAS JA, OLIVEIRA SX, CAMBOIM JC, RIVERA GA. Aspectos emocionais do portador de diabetes mellitus (DM). *Cadernos da Escola de Saúde*, v. 21, n. 1, 2021.
- ²⁹SOUZA AR, VIANA MC, PINHEIRO WR, BRAGA ST, VIDAL EC, SAMPAIO LR. Estratégias utilizadas na assistência de enfermagem ao paciente adulto com doença crônica não transmissível: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. e10710917881-e10710917881, 2021.
- ³⁰SOUTO Clara Nardi. Qualidade de vida e doenças crônicas: Possíveis relações. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 8169-8196, 2020.