



A interferência de transtornos mentais comuns no controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus

The interference of common mental disorders in the control of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus

La interferencia de los trastornos mentales comunes en el control de la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus

Gabrielle Lorraini Pereira Longhi¹, Edelicio Belarmino de Sá Júnior¹, Alice Vasconcelos Miranda¹, Henrique Blaszczak Mosquetta¹, Erla Lino Ferreira de Carvalho¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar a correlação entre Transtornos Mentais Comuns (TMC) com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), avaliando sua interferência no tratamento e manejo dessas condições em usuários atendidos em cinco UBSs de um município goiano, e a sua rede de apoio social.

Métodos: É um estudo de corte transversal quantitativo, com abordagem analítica e descritiva, realizado em 102 pacientes, ambos os sexos, com 18 anos e mais, hipertensos e/ou diabéticos. A pesquisa possibilitou a identificação do perfil socioeconômica/demográfica de cada paciente, utilizando um questionário semi estruturado, TMC através do SRQ-20 e a rede de apoio social utilizando a Escala de MOSS. **Resultados:** Evidenciou um predomínio do sexo feminino 60,8%, branca 41,2%, nas faixas etárias de 41 a 50 anos e 70 a 81 anos, 90,2% portadores HAS e 50,3% DM, nível escolar baixo e com filhos. Desses pacientes 46,1% apresentavam TMC prévio. Não houve significância nos dados ao correlacionar entre HAS/DM e TMC. Ademais, nota-se presença de apoio social satisfatório referente ao apoio material, emocional, social, afetivo e interações sociais positivas. **Conclusão:** Conclui-se que não há correlação entre HAS e DM com os TMC, não havendo interferência no manejo e tratamento da doença.

Palavras-chave: Apoio social, Diabetes mellitus, Hipertensão, Transtornos mentais, Pacientes.

ABSTRACT

Objective: Identify the correlation between Common Mental Disorders (CMD) and Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM), evaluating their interference in treatment and management of these, in patients treated at five Basic Health Units (UBS) in the city, and their support network. **Methods:** It is a quantitative cross-sectional study, with analytical and descriptive approach, carried out with 102 patients, both sexes, over 18 years old, with high blood pressure or diabetes. A semi-structured questionnaire was used, TMC using the SRQ-20 and social support network using the MOSS Scale to identify the patients' socioeconomic/demographic profile. **Results:** The sample contained a predominance of females 60.8%, white 41.2%, in the age groups of 41 to 50 years and 70 to 81 years, 90.2% SAH and 50, 3% DM, low educational level and with children. Of these, 46.1% had CMD. Data analysis did not identify a correlation between TCM and control of SAH and DM. Furthermore, the presence of satisfactory social support (material, emotional, affective and positive interactions) was noted. **Conclusion:** Comorbid CMD did not interfere in the management and control of SAH and DM in the sample evaluated.

Keywords: Social support, Diabetes mellitus, Hypertension, Mental disorders, Primary care.

¹ Centro Universitário de Mineiros. (UNIFIMES), Mineiros - GO.

Financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC do Centro Universitário de Mineiros, Goiás – UNIFIMES.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la correlación entre los Trastornos Mentales Comunes (TMC) con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y Diabetes Mellitus (DM), evaluando su interferencia en el tratamiento y manejo de estas condiciones en usuarios atendidos en cinco UBS de la ciudad de Mineiros, Goiás, y su red social de apoyo.

Métodos: Es un estudio cuantitativo transversal, con enfoque analítico y descriptivo, realizado en 102 pacientes, de ambos sexos, mayores de 18 años, hipertensos y/o diabéticos. La investigación permitió identificar el perfil socioeconómico/demográfico de cada paciente, mediante un cuestionario semiestructurado, el CMD mediante el SRQ-20 y la red de apoyo social mediante la Escala MOSS. **Resultados:** Predominó el sexo femenino (60,8%), blancos (41,2%), en los grupos etarios de 41 a 50 años y 70 a 81 años, (90,2%) portadores de HAS y (50,3%) DM, bajo nivel educativo. nivel y con niños. De estos pacientes (46,1%) tenían DMC previa. No hubo significación en los datos al correlacionar entre HAS/DM y DMC. Además, hay presencia de apoyo social satisfactorio en cuanto a apoyo material, emocional, social y afectivo e interacciones sociales positivas. **Consideraciones finales:** Se concluye que no existe correlación entre HAS y DM con DMC, sin interferencia en el manejo y tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Apoyo social, Diabetes mellitus, Hipertensión, Trastornos mentales, Cuidado básico.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), abrangem diversas condições patológicas sem origem infecciosa, resultantes de várias causas e influenciadas por inúmeros fatores de risco. Entre as principais DCNT's, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que representam as maiores porcentagens de mortalidade mundial, apresentando cerca de 63% de mortes em 2018, construindo um cenário desafiador para a saúde pública (BRASIL MS, 2019; FIGUEIREDO AEB, et al., 2021). A HAS é definida pela persistência de pressão arterial sistólica (PAS) acima ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) acima de 90 mmHg. Esses valores devem ser registrados corretamente em pelo menos em duas ocasiões: no uso da técnica correta e na ausência de tratamento medicamentoso para hipertensão (BARROSO WKS, et al., 2021).

Esta condição clínica é multifatorial, influenciada por aspectos genéticos, ambientais e sociais, e representa um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (ANDRADE DHM, et al., 2021). O DM é caracterizado pela hiperglicemia, devido às alterações na secreção de insulina e/ou na sua ação. As manifestações sintomáticas da hiperglicemia incluem poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva. Em casos de complicações agudas, como cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, o indivíduo pode apresentar risco de vida (GOLBERT A, et al., 2019; GROSS JL, et al., 2022).

O diagnóstico do DM envolve primordialmente a análise da glicose plasmática após um jejum de oito horas, sendo classificada em DM tipo 1 e tipo 2. O tipo 1 é caracterizado pela destruição das células beta pancreáticas, sendo por causa autoimune ou idiopática. Geralmente seu diagnóstico ocorre entre 10 aos 14 anos, no entanto, pode ser diagnosticada em qualquer idade. No caso do tipo 2, observa-se uma diminuição na secreção de insulina ou na resistência à mesma. Essa etiologia ainda não é completamente compreendida, no entanto, é frequentemente diagnosticada em pacientes obesos e após os 40 anos de idade (DESAI R et al., 2019; GROSS JL et al., 2022).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), foram definidos por Goldberg D e Huxley P (1992), mas não se enquadram como entidades nosológicas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No entanto, é importante destacar que esses transtornos que não são considerados como doenças específicas, vem frequentemente apresentando sintomas proeminentes e muitas vezes mais incapacitantes do que algumas condições patológicas tradicionais. Segundo Steel et al. (2014), aproximadamente um a cada cinco adultos 17,6% vivenciou ao menos um TMC no ano e 29,2% ao longo da vida. Além disso, observou-se que as mulheres têm uma maior propensão a desenvolver transtornos de humor ou ansiedade, enquanto os homens estão mais propensos a manifestar transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. Neste cenário, é possível observar a presença frequente de TMC entre os pacientes que tem DCNT's, e são

caracterizados como estados não psicóticos (MURCHO N, et al., 2016). Esses transtornos mentais comuns possuem como manifestações a fadiga, irritabilidade, cefaleia, dificuldade para concentração, nervosismo, além de queixas inespecíficas (BARBOSA WKS, et al., 2017).

Além disso, nota-se uma elevada incidência de TMC e sua correlação contribui para o surgimento de DCNT's, tornando a adesão ao tratamento mais desafiadora e resultando em complicações relacionadas aos fatores de risco. Esses transtornos comprometem a capacidade de autocuidado, dificultam a continuidade no tratamento e diminuem a motivação individual para alcançar melhorias significativas (ONOFRI JÚNIOR VA, et al., 2016). Essas condições são agravadas em situações nas quais uma rede de apoio social, composta por amigos, familiares próximos e profissionais da saúde, capazes de contribuir para a adesão e a manutenção do tratamento, não está presente. Isso ocorre especialmente porque pacientes com TMC têm propensão ao isolamento social e, em alguns casos, à incapacidade funcional nas atividades diárias (GARCIA LG, 2021).

Dessa maneira, destaca-se a relevância desta investigação e correlação entre TMC e as DCNT's. Tal abordagem visa não apenas compreender as razões subjacentes à não conformidade medicamentosa nessas condições, mas também identificar estratégias para aprimorar os cuidados ao paciente, considerando a influência dos TMC no manejo da HAS e do DM, visando a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Portanto, propôs a identificação da correlação entre Transtornos Mentais Comuns (TMC) com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), avaliando sua interferência no tratamento e manejo dessas condições em usuários atendidos em cinco unidades básicas de saúde (UBSs) de um município goiano, e a sua rede de apoio social.

METODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal quantitativo, conduzido por meio de uma abordagem analítica e descritiva, realizado com 102 pacientes, ambos os sexos, a partir de 18 anos que apresentavam diagnóstico de HAS e/ou DM. Buscando atender o objetivo proposto, foi desenvolvida uma pesquisa em cinco UBSs, escolhida na Rede de Atenção Primária à Saúde municipal, composta por 11 UBSs, coordenadas por 01 ou 02 equipes de saúde da família (ESF), totalizando 20 ESFs. As equipes são compostas por diversos profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACSs), recepcionistas, profissionais de serviços gerais, equipe de saúde bucal, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos.

Os critérios de inclusão envolveram indivíduos diagnosticados com HAS e/ou DM, atendidos nas UBSs participantes, entre janeiro de 2022 e julho de 2023, que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo o convite sido realizado mediante a uma visita domiciliar. O critério de exclusão abrangeu: menores de 18 anos, com incapacidade cognitiva/intelectual, não residente nos territórios das UBSs participantes, óbitos ou se recusaram em participar desta pesquisa.

Na fase inicial da pesquisa, realizou-se uma análise de dados em uma amostra composta por 140 indivíduos diagnosticados com HAS e DM. O processo ocorreu por meio de uma revisão de prontuários provenientes de cinco UBSs, designadas como UBS 1, UBS 2, UBS 3, UBS 4 e UBS 5. Cada UBS contribuiu com a revisão de 28 prontuários, e o processo de análise foi conduzido de maneira descritiva, com objetivo de selecionar possíveis participantes para etapa seguinte.

A etapa subsequente, foi desenvolvida por meio de entrevistas domiciliares utilizando um questionário semiestruturado, que contempla a identificação das variáveis socioeconômicas/demográficas (idade, gênero, etnia, nível educacional, casado, solteiro, viúvo, divorciado, tem filhos), identificação (hipertenso ou diabético), diagnóstico de TMC (ansiedade e depressão) e medicação. Para a identificação de TMC foi utilizado o instrumento SRQ-20 e a Escala de Apoio Social MOS para investigar a rede de apoio social desses pacientes, com propósito de responder o objetivo geral desta pesquisa.

A análise dos dados foi de forma descritiva e por meio da frequência absoluta e relativa (%), média (M) e desvio padrão (DP). Para identificar possíveis diferenças entre os níveis de TMC mensurados por meio do SRQ-20, e a presença ou não de DM e HAS, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes.

O modelo foi performado utilizando a técnica de bootstrapping (1.000 re-amostragens; IC95% BCa) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, melhores estimativas do intervalo de confiança e para corrigir possíveis desvios de normalidade da amostra (HAUKOOS JS e LEWIS RJ, 2005).

A homogeneidade de variância foi avaliada por meio do teste de Levene. O tamanho de efeito para o teste t de Student foi realizado por intermédio da estimativa d de Cohen (LAKENS D, 2013). A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$d = \frac{\bar{x}_t - \bar{x}_c}{\sqrt{\frac{(n_t - 1)s_t^2 + (n_c - 1)s_c^2}{n_t + n_c}}}$$

No qual, os valores do **Numerador** são as médias encontradas em cada grupo, **n** é o número de participantes em cada grupo e o **s** é o desvio padrão.

O presente estudo empregou o conceito de tamanho de efeito, conforme definido por Serdar CC et al. (2021), para avaliar a magnitude das diferenças em diversas análises estatísticas. O tamanho de efeito foi categorizado como efeito baixo $d < 0,2$, médio para valores de d entre $0,2$ e $0,5$, e alto para $d > 0,8$.

A associação entre a presença ou não de HAS e DM com as categorias do MOSS foi feita por intermédio do teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher (KIM B e KIM J, 2016). Este último foi adotado em situações onde os valores esperados eram inferiores a 5 em mais de 20% dos grupos. Diferenças significativas entre grupos foram identificadas com base nos **Resíduos Padronizados Ajustados**, considerando valores acima de $\pm 1,96$ como estatisticamente significativos (FIELD A, 2021).

O tamanho de efeito foi quantificado utilizando o V de Cramer, com pontos de corte definidos como $>0,1$ para efeito pequeno, $>0,3$ para efeito médio, e $>0,5$ para efeito grande (SERDAR CC, et al., 2021). Todas as análises foram conduzidas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, e a significância estatística foi estabelecida com um valor de $p < 0,05$, e seus resultados apresentados em tabelas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos sob o protocolo nº CAAE 60302722.0.0000.0187, com parecer 5.755392.

Caracterização da amostra

Na fase inicial, foi possível caracterizar a amostra dos 102 indivíduos portadores de HAS e/ou DM, segundo a revisão de 140 prontuários, apresentando a predominância de indivíduos do sexo feminino, branca, com HAS 90,2% e DM 50,3%, nas faixas etárias de 41 a 50 anos e 70 a 81 anos, uma considerável proporção de indivíduos diagnosticados com TMC e que fazem uso de medicamentos para tratar essa condição.

Estes pacientes apresentaram uma média de três ou mais consulta direcionados, evidentemente, pelos seguintes motivos conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10): Z76 (emissão de prescrição de repetição), R53 (mal-estar, fadiga) e F41 (outros transtornos ansiosos).

Borges TL, et al. (2015), evidencia a alta taxa de TMC no sexo feminino 56,4%, bem como maior busca pelo serviço de saúde. Ademais, 28,5% das mulheres entrevistadas apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica prévio e em relação ao uso de psicofármacos, 27,1% das pacientes realizavam uso prescrito.

Entre a etapa inicial e a subsequente desta pesquisa, houve exclusão de 38 pacientes, fundamentada com base em motivos: menores de 18 anos, com incapacidade cognitiva/intelectual, não residirem nos territórios das UBSs participantes, óbitos ou se recusaram em participar desta pesquisa.

RESULTADOS

A **Tabela 1** caracterizou que dos 102 pacientes entrevistados apresentou uma superioridade do sexo feminino com 60,8%, predomínio de raça/cor de branca 41,2%, seguido por negros 31%, nível educacional 37,3% que cursaram apenas até a 4 série do ensino fundamental, casada 66% e 99% dos indivíduos tinham filhos. O Instrumento SRQ-20 aplicado mensurou 46,1% dos participantes foram diagnosticados com TMC, na faixa etária dos 71 e 80 anos.

Tabela 1 – Perfil da Distribuição Socioeconômico e Demográfico dos participantes HAS, DM e TMC.

Características	N	%
Sexo		
Masculino	40	39,2
Feminino	62	60,8
Faixa etária		
18 a 30 anos	0	0,0
31 a 40 anos	4	3,9
41 a 50 anos	11	10,8
51 a 60 anos	13	12,7
51 a 70 anos	27	26,5
71 a 81 anos	33	32,4
81 a 90 anos	13	12,7
91 a 100 anos	1	1,0
Hipertensão		
Sim	92	90,2
Não	10	9,8
Diabetes		
Sim	55	53,9
Não	47	46,1
Etnia		
Branca	42	41,2
Preta	31	30,4
Parda	28	27,5
Amarela	0	0,0
Indígena	0	0,0
Asiática	1	1,0
Nível educacional		
Creche/Analfabeto	30	29,4
Ensino fundamental 1 a 4 série	38	37,3
Ensino fundamental da 5 a 8 série	17	16,7
Ensino fundamental especial	0	0,0
Ensino médio tradicional	12	11,8
Ensino médio técnico	1	1,0
Ensino médio EJA	0	0,0
Ensino superior	3	2,9
Pós-graduação	1	1,0
Estado civil		
Casado	66	64,7
Solteiro	6	5,9
Divorciado	13	12,7
Viúvo	17	16,7
Tem filhos		
Sim	99	97,1
Não	3	2,9
Diagnóstico TCM		
Sim	47	46,1

Características	N	%
Não	55	53,9
Utiliza medicação p/TCM		
Sim	38	37,3
Não	64	62,7
Unidade Básica de Saúde (UBS)		
UBS 1	21	20,6
UBS 2	19	18,6
UBS 3	22	21,6
UBS 4	21	20,6
UBS 5	19	18,6
Apoio Material		
Baixo	7	6,9
Médio	23	22,5
Alto	72	70,6
Apoio afetivo		
Baixo	7	6,9
Médio	17	16,7
Alto	78	76,5
Apoio emocional/informacional		
Baixo	11	10,8
Médio	29	28,4
Alto	62	60,8
Interação social positive		
Baixo	17	16,7
Médio	19	18,6
Alto	66	64,7

Fonte: Longhi GLP, et al., 2024.

Na **Tabela 2** analisou o tamanho do efeito das diferenças entre as médias do SRQ-20 e a presença da HAS, observou-se um efeito médio ($d = 0,48$), enquanto para o DM o efeito foi considerado baixo ($d = 0,14$). A média observada nos pacientes com sintomatologia leve de sofrimento mental foi de 7,83 na presença de HAS e de 7,31 na presença de DM, caracterizando médias consideradas baixas e não estatisticamente significativas. Os resultados variaram entre um máximo de 18 pontos e um mínimo de 0. Apesar da falta de significância estatística, indicando uma pequena diferença quantitativa entre pacientes com e sem HAS e com e sem DM, observou-se uma variação média de 2,226 entre os grupos afetados pela condição e aqueles sem histórico de hipertensão e variação média de -0,648 em pacientes com diabetes.

Tabela 2 – Análise de Diferenças nas Médias do SRQ-20 com Teste t de Student para Amostras Independentes (com Bootstrapping) em Relação à Presença das HAS e DM.

Variáveis	M (N)	DP	Diferença de média	t(gl)	p-valor	IC95%	
						Inf.	Sup.
Hipertensão arterial							
Sim	7,83 (92)	4,71	2,226	1,411(100)	0,161	-1,126	5,450
Não	5,60 (10)	5,02					
Diabetes mellitus							
Sim	7,31 (55)	4,96	-0,648	-0,684(100)	0,496	-2,386	1,085
Não	7,96 (47)	4,54					

Nota: t = valor do teste t de Student; gl = Graus de liberdade; IC95% = Intervalo de confiança de 95%; Inf. = inferior; Sup. = Superior; M = Média; N = Número de participantes; DP = Desvio padrão. **Fonte:** Longhi GLP, et al., 2024.

Esse padrão está relacionado ao suporte material, afetivo, emocional/informacional e interação social positiva, observado em mais de 50% dos 102 indivíduos analisados na (**Tabela 3**). Notavelmente, 64 indivíduos hipertensos apresentaram alto apoio material, 70 demonstraram alto apoio afetivo, e 61 experimentaram elevada interação social positiva. Especificamente, o apoio emocional/informacional também se destacou, com 62 entrevistados apresentando alto apoio, sendo 57 deles hipertensos.

Tabela 3 – Resultado do Teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher para avaliação da associação entre a presença ou ausência da HAS e as categorias do MOSS.

MOSS	Hipertensão arterial		c2(gl)	p-valor	V _{cramer}
	Sim	Não			
Apoio Material					
Baixo	7	0	0,344 ^E	1,000	0,096
Médio	21	2			
Alto	64	8			
Apoio afetivo					
Baixo	7	0	0,463 ^E	1,000	0,091
Médio	15	2			
Alto	70	8			
Apoio emocional/informacional					
Baixo	10	1	0,975 ^E	0,697	0,085
Médio	25	4			
Alto	57	5			
Interação social positiva					
Baixo	15	2	1,623 ^E	0,543	0,109
Médio	16	3			
Alto	61	5			

Nota: c2(gl) valores do Qui-quadrado ou Exato de Fisher (graus de liberdade); Q = Teste de Qui-quadrado; E = Teste Exato de Fisher. **Fonte:** Longhi GLP, et al., 2024.

Ao analisar os resultados do suporte material de 102 participantes na **Tabela 4**, observou-se que 7 indivíduos relataram baixo apoio, sendo que nenhum deles era portador de diabetes. Esses dados refletem uma percepção do suporte material de médio a alto pelos indivíduos diabéticos, indicando a importância desse suporte na qualidade de vida e adesão ao tratamento. Ademais, falta de significância estatística nas outras categorias do MOSS, registrando números expressivos nos apoios afetivo, emocional/informacional e interação social positiva. Em particular, observou-se alto apoio afetivo por parte de 78 participantes, dos quais 42 eram diabéticos. O apoio emocional/informacional foi percebido como alto por 62 participantes, incluindo 35 diabéticos, enquanto a interação social positiva foi relatada por 66 participantes, sendo 36 deles portadores de diabetes.

Tabela 4 – Resultado do Teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher para avaliação da associação entre a presença ou ausência da DM e as categorias do MOSS.

MOSS	Diabetes		c2(gl)	p-valor	V _{cramer}
	Sim	Não			
Apoio Material					
Baixo	0*	7*	9,078 ^E	0,010	0,294
Médio	13	10			
Alto	42	30			
Apoio afetivo					
Baixo	2	5	1,952 ^E	0,430	0,141
Médio	10	7			
Alto	43	35			
Apoio emocional/informacional					
Baixo	6	5	0,533 ^Q	0,769	0,072
Médio	14	15			
Alto	35	27			
Interação social positiva					
Baixo	9	8	0,030 ^Q	1,000	0,017
Médio	10	9			
Alto	36	30			

Nota: c2(gl) valores do Qui-quadrado ou Exato de Fisher (graus de liberdade); Q = Teste de Qui-quadrado; E = Teste Exato de Fisher; * Grupo estatisticamente significativo (p<0,05) mediante análise dos resíduos padronizados ajustados.

Fonte: Longhi GLP, et al., 2024.

DISCUSSÃO

O propósito primordial deste estudo consistiu na identificação da correlação entre Transtornos Mentais Comuns (TMC) com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), avaliando sua

interferência no tratamento e manejo dessas condições em usuários atendidos em cinco unidades básicas de saúde de um município goiano, e a sua rede de apoio social. A análise estatística revelou a ausência significativa do impacto do TMC na eficácia da terapêutica de pacientes diagnosticados com HAS e DM, assim como na indução de complicações associadas a problemas correlacionados à saúde mental. Esse resultado indica a necessidade de uma análise mais aprofundada para compreender os fatores subjacentes que podem influenciar o impacto da TMC nesse contexto específico. A pesquisa identificou uma predominância de participantes do sexo feminino, com autodeclaração de raça/cor branca, nível educacional até a 4ª série do ensino fundamental, estado civil casado(a) e com filhos (**Tabela 1**).

Os achados corroboram com as observações de Maximiano-Barreto MA, et al. (2019), acerca da feminização do envelhecimento, indicando uma expectativa de vida superior para mulheres em comparação aos homens, estimada entre 5 e 7 anos, uma tendência prevista até 2050. Da Silva MGC e Da Silva Domingos T (2018), adiciona que essa sobreposição de mulheres está relacionada ao fato de que elas demonstram maior preocupação com a saúde e aderem mais consistentemente aos tratamentos propostos. Esses padrões se assemelham também aos resultados de outras pesquisas, que destacam uma predominância de participantes do sexo feminino, de cor branca, com baixa escolaridade, em sua maioria casados e com filhos (SILVA AR, et al., 2017; ARAGÃO EIS, et al., 2017; ANDRADE DHM, 2021).

No que se refere às condições patológicas, constatou-se que 90,2% dos pacientes apresentavam HAS, enquanto 50,3% eram portadores de DM. Esses resultados se alinham com as descobertas de Andrade (2021), que, abordando a mesma temática, observou que 5,2% dos participantes eram diabéticos, enquanto 69,2% eram hipertensos. Este cenário se configura como uma problemática relevante, considerando que as DCNT's são uma das principais causas de óbito, alcançando até 70% das ocorrências (DUARTE LS, et al., 2023). Do conjunto total de pacientes entrevistados, 46,1% foram diagnosticados com TMC segundo o instrumento SRQ-20, uma condição que, apesar de não se enquadrar no CID-10, demonstrou o potencial de impactar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, especialmente na faixa etária dos idosos, com destaque para aqueles com idades entre 71 e 80 anos. Essa condição pode levar os idosos ao isolamento social, contribuindo assim para uma possível falta de adesão adequada ao tratamento e agravamento de patologias já existentes. Vale ressaltar que o escopo do estudo se concentrou em pacientes diagnosticados com HAS e/ou DM. Avila Correia C (2020), traz a relação do DM com a saúde mental como algo desafiador, visto que para alguns pacientes mudanças no hábito de vida, como alimentação e uso da medicação, bem como o desamparo familiar, associados ao medo da doença, podem contribuir com situação de depressão, ansiedade e solidão.

Associa-se ainda o fator de ter diabetes com a presença de TMC em torno de 33 a 50%, taxa significativa que contrapõe os resultados encontrados. Em relação a HAS, Fiorotti C, et al. (2009), corrobora com os dados levantados ao dizer que a associação entre a patologia e os TMC não é significativa e evidencia-se a escassez de pesquisas sobre essa interferência. Entretanto, apesar da ausência de resultados significativos relacionados à correlação entre a presença de DCNT's e o TMC, conforme evidenciado na **Tabela 2**, destaca-se um número substancial de pacientes já diagnosticados devido a queixas, tais como sintomas depressivos, ansiedade e insônia. Neste contexto, estima-se que entre 30% a 60% dos pacientes depressivos não recebem um diagnóstico adequado no contexto primário, e frequentemente não recebem tratamento suficiente e apropriado, especialmente entre a população idosa (FLECK MP, et al., 2009; SILVA AR, et al., 2017).

Segundo afirma a pesquisa de Sousa NFDS, et al. (2021), foi evidenciado que pacientes com diagnóstico de HAS e DM apresentam maior prevalência de depressão, bem como o aumento dessas condições em pacientes com depressão, devido a limitação que a doença exerce em atividades habituais. O que não foi possível constatar na análise de dados da pesquisa. Ademais, discorre sobre fatores que corroboram com maior prevalência de mulheres com transtornos psiquiátricos, como a depressão, e entre eles cita-se a sobrecarga nos papéis sociais, maior exposição a eventos estressantes, dificuldades financeiras, entre outros (GRAPIGLIA CZ, et al., 2021). Apesar da ausência de associações estatisticamente significativas entre a presença da HAS e as categorias do Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS) nos testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher, destaca-se um padrão notavelmente elevado (**Tabela 3**). Os resultados

obtidos corroboram com o estudo de Morais J, et al. (2019), que identificou níveis elevados de apoio social e satisfação entre os hipertensos.

Este estudo descreve o apoio social como relações interpessoais fundamentadas em confiança, afeto, valorização, comunicação e ajuda. A finalidade da rede de apoio social consiste em promover atitudes pessoais associadas ao monitoramento da saúde. O tratamento da HAS não se limita apenas ao plano terapêutico, mas também envolve a rede de apoio social do indivíduo hipertenso, a qual pode representar um método eficaz para aprimorar a qualidade de vida. Esta observação está em conformidade com a literatura, que destaca o apoio emocional oferecido aos hipertensos é considerada uma valiosa forma de auxílio no enfrentamento diário desta patologia.

A família, grupos religiosos e profissionais de saúde desempenham papéis cruciais no fornecimento de apoio e segurança aos pacientes hipertensos nesse contexto de suporte, por meio de uma abordagem humanizada na saúde, considerando fatores socioeconômicos e afetivos (TAVARES R, et al., 2013).

O apoio informacional, que inclui orientação, aconselhamento e sugestões, é valioso para enfrentar a hipertensão, sendo obtido através de interações que compartilham informações pessoais e sociais, provenientes de diversas fontes como familiares, vizinhos, mídia e profissionais de saúde (ARAGÃO EIS, et al., 2017). Os resultados dos testes para a associação entre a presença ou ausência do DM e as categorias do Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS), apresentaram números estatisticamente significativos (**Tabela 4**).

Enfrentar os desafios decorrentes da complexidade do tratamento e garantir níveis significativos de apoio social são estratégias essenciais, refletindo o suporte em diversos aspectos. A presença do apoio familiar é constante na vida diária dos diabéticos, no entanto, esse apoio muitas vezes se manifesta de maneira controladora, refletindo uma abordagem coercitiva e punitiva em relação ao tratamento (SANTOS M, et al., 2011). Essa constatação, contudo, contradiz com as respostas da maioria dos participantes desta pesquisa, os quais relataram elevado suporte afetivo e interação social positiva, indicando relações amorosas e saudáveis, alinhando assim, com a pesquisa de Aragão EIS, et al. (2017), que revelou uma correlação positiva, sugerindo que familiares tendem a se aproximar mais dos pacientes gravemente afetados pela DM.

CONCLUSÃO

Dessa forma, pode-se perceber por meio da pesquisa, após a compilação dos dados, que os TMC não são fatores que interferem de forma significativa e direta no controle da HAS e DM. No entanto, esses transtornos subdiagnosticados e subtratados, podem ocasionar uma série de problemas patológicos em indivíduos com HAS e DM, podendo afetar na adesão ou agravamento clínico dessas condições. Por fim, fica evidente que a maioria dos pacientes possuem uma boa rede de apoio, com escores de apoio material, emocional, social, afetivo e interações sociais positivas, que são fatores importantes para o controle dessas condições. A ocorrência de dados não significativos sobre os impactos TMC nos portadores HAS e DM ressalta a necessidade de futuras pesquisas sobre a temática.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Direciono os devidos agradecimentos as Secretaria Municipal de Saúde e as equipes de saúde das cinco unidades básicas de saúde participantes, em especial aos agentes comunitários de saúde que colaboram com o desenvolvimento prático desta pesquisa. A instituição financiadora: Centro universitário de Mineiros, Goiás (UNIFIMES), através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC-UNIFIMES, Edital 003/2023/DIP/PIBIC, registrado no Sistema para Inscrições, Pesquisa, Extensão e Certificado sobre código 268.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE DHM, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em hipertensos e diabéticos em uma unidade básica de saúde. *Temas da Diversidade: Experiências e Práticas de Pesquisa*, 2020; 530-538.
2. AXIMIANO-BARRETO MA, et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 2019; 8(2): 239-252.
3. ARAGÃO EIS, et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 27(7): 2367-2374.
4. AVILA CORREIA C. Diabetes, saúde mental e qualidade de vida relacionada à saúde em estudo de base populacional. 2020. 146 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade Estadual de Campinas, Campinas, 2020.
5. BARROSO WKS, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2021; 3(116): 516-658.
6. BORGES TL, et al. Transtornos mentais comuns e uso de osicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2015; 38(3): 195–201.
7. BRASIL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
8. DA SILVA MGC e DA SILVA DOMINGOS T. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. 2018; 19(2): 435-452.
9. DESAI R, et al. Temporal Trends in the Prevalence of Diabetes Decompensation (Diabetic Ketoacidosis and Hyperosmolar Hyperglycemic State) Among Adult Patients Hospitalized with Diabetes Mellitus: a nationwide analysis stratified by age, gender, and race. *Cureus*, 2019; 11(4): 1-14.
10. DUARTE LS, et al. Doenças crônicas não transmissíveis DCNT: probabilidade incondicional de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis. *Bepa. Boletim Epidemiológico Paulista*, 2023; 20: 1-10.
11. FIELD A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. 5. ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2021.
12. FIGUEIREDO AEB, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(1): 77-88.
13. FIOROTTI C, et al. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. *Revista de APS*, 2009; 12(3).
14. FLECK MP, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009; 31(1): 7-17.
15. GARCIA LG e SANTOS JDLB. Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado. 2. ed. Palmas: EDUFT, 2021.
16. GOLBERT A, et al. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019.
17. GOLDBERG D. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994; 90(385): 66-70.
18. GRAPIGLIA CZ, et al. Fatores associados aos transtornos mentais comuns: estudo baseado em clusters de mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 2021; 55: 77.
19. GROSS JL, et al. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 2002; 46(1): 16-26.
20. HAUKOOS JS e LEWIS RJ. Advanced Statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 2005; 12(4): 360-365.
21. KIM BH e KIM J. Development and Validation of Evaluation Indicators for Teaching Competency in STEAM Education in Korea. *Eurasia Journal Of Mathematics, Science And Technology Education*, 2016; 12(7): 1909-1924.
22. LAKENS D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and anovas. *Frontiers In Psychology*, 2013; 4.
23. MORAIS JD, et al. Apoio social e satisfação de hipertensos com a atenção básica: construção de um índice sintético. *Saúde em Debate*, 2019; 43(121): 477-488.
24. MURCHO N, et al. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: um estudo de revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2016; 15: 30-36.
25. ONOFRI JÚNIOR VA, et al. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2016; 19(1): 21-33.
26. SANTOS MA, et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, 2011; 45(3): 651-658.
27. SERDAR CC, et al. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochemia Médica*, 2021; 31(1): 27-53.
28. SILVA AR, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2017; 66(1): 45-51.
29. SOUSA NF da S, et al. Association of major depressive disorder with chronic diseases and multimorbidity in Brazilian adults, stratified by gender: 2019 national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2021; 24(2).
30. SOUZA LPS, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2017; 1(18): 59-66.
31. STEEL Z, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal Of Epidemiology*, 2014; 43(2): 476-493.
32. TAVARES R dos S e SILVA DMGV. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2013; 34(3): 14-21.