

Análise das características clínicas e qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes: estudo transversal

Analysis of clinical characteristics and quality of life of people with hypertension and diabetes: a cross-sectional study

Marina Pereira Moita¹, Maria da Conceição Coelho Brito², Paloma de Vasconcelos Rodrigues³, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas⁴, Lielma Carla Chagas da Silva⁵, Maria Socorro de Araújo Dias⁶

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: julho de 2021 – Aceito: julho de 2022

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as características clínicas e a qualidade de vida (QV) de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde em três municípios do Ceará. Estudo transversal, realizado com 384 pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Na coleta de dados, realizou-se levantamento de dados clínicos e aplicação do questionário de avaliação da QV, *Short Form-36*. Procedeu-se análise descritiva e inferencial pelo *Software R*, realizados os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney. Houve predomínio do sexo feminino com ≥ 60 anos. Houve diferença significativa entre pressão arterial sistólica ($p < 0,005$) e glicemia pós-prandial ($p < 0,001$) por grupos de diagnósticos. Na QV houve diferença entre os sexos. Obtiveram maiores escores os domínios aspectos sociais (87,5) e saúde mental (72); e menores escores: limitação por aspectos físicos (25) e emocionais (33,3). Pessoas com os diagnósticos em associação apresentam prejuízo, nos domínios capacidade física ($p < 0,01$), limitações por aspectos físicos ($p < 0,01$) e emocionais ($p < 0,001$). Concluiu-se que as características clínicas, diagnósticos em associação e seus níveis glicêmicos e pressóricos, impactam na QV.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Qualidade de vida. Métodos epidemiológicos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to analyze the clinical characteristics and quality of life (QoL) of people with hypertension and/or diabetes monitored by Primary Health Care in three municipalities in Ceará. A cross-sectional study, carried out with 384 people with hypertension and/or diabetes. During data collection, clinical data were collected and the QoL assessment questionnaire, *Short Form-36*, was applied. A descriptive and inferential analysis was performed using the *R Software*, using the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests. There was a predominance of females aged ≥ 60 years. There was a significant difference between systolic blood pressure ($p < 0.005$) and postprandial glucose ($p < 0.001$) by diagnostic groups. In QoL, there was a difference between the sexes. The domains social aspects (87.5) and mental health (72) obtained higher scores; and lower scores: limitation due to physical (25) and emotional (33.3) aspects. People with the diagnoses in association present impairment in the physical capacity ($p < 0.01$), role physical ($p < 0.01$) role emotional ($p < 0.001$). It was concluded that the clinical characteristics, diagnoses in association and their glycemic and blood pressure levels, impact QoL.

KEYWORDS: Hypertension. Diabetes Mellitus. Quality of life. Epidemiologic methods. Primary Health Care.

¹ Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1920-480X>. E-mail: marymoita28@gmail.com

² Faculdade Luciano Feijão (FLF). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3484-9876>.

³ Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0066-1485>.

⁴ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0585-5345>

⁵ Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESPVS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2688-9309>.

⁶ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-7813-547X>.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 1,13 bilhão de pessoas em todo o mundo tenham Hipertensão Arterial (HA), e cerca de 422 milhões de pessoas, Diabetes *Mellitus* (DM), e há um aumento progressivo nos números a cada década^{1,2}. Essas doenças destacam-se por serem prevalentes e consideradas como importante problema de saúde pública³, principalmente, por atuarem como os fatores de risco mais associados às doenças cardiovasculares⁴. Ademais, dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) alertam que a HA e o DM repercutem no aumento das hospitalizações e dos gastos com procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

Reconhece-se que a HA e o DM afetam a Qualidade de Vida (QV) das pessoas por modificarem seu estilo de vida, limitando a capacidade produtiva e visão de mundo⁶. Compreende-se a QV como a satisfação de uma pessoa com vários aspectos da sua vida em um contexto e circunstâncias da saúde atual⁷. Considerando as repercussões da HA e/ou DM, é recomendável investir de forma preventiva e curativa no estilo de vida⁸, pois isso representa a possibilidade de atuação nos fatores de risco modificáveis dessas doenças (atividade física insuficiente, tabagismo, consumo de álcool e alimentação não saudável)⁹.

Nessa conjuntura, é importante retomar a potência da Atenção Primária à Saúde (APS), entendendo seus processos de trabalho centrados na pessoa e não na doença. A aproximação e a criação de vínculo do usuário com os profissionais do serviço facilitam o reconhecimento de problemas e possibilitam a realização de ações voltadas para a prevenção de agravos à saúde e promoção e reabilitação da saúde¹⁰. A APS caracteriza-se por ter uma população adstrita delimitada pelo território geográfico, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como sua reorganizadora no País^{11,12}.

A complexidade no acometimento por HA e DM é evidenciada por características clínicas sensíveis à atuação da APS e que podem interferir na QV. Nesse sentido, é essencial que se considere a adoção de estratégias que identifiquem e reconheçam as características que interferem no bem-estar e QV.

Um estudo internacional aponta que há escassas evidências sobre a QV de pessoas com ou sem a concomitância dessas doenças¹³. Em São Paulo, realizou-se um estudo com idosos com HA e DM acompanhados por um ambulatório de hospital e, em seguida, compreendido a importância da temática sugeriu-se a comparação de QV desses grupos em outros contextos (em outros níveis de atenção, bem como em outros contextos de localidades brasileiras) para subsidiar intervenções e estratégias que garantam a melhoria da assistência¹⁴.

Em face do exposto, esse estudo contribui para melhor compreensão de características que estão relacionados à QV de pessoas com HA e/ou DM, desse modo, tem potencial para

subsidiar intervenções em saúde de forma mais eficaz considerando as questões que afetam aspectos clínicos e QV de pessoas com HA e/ou DM.

Desse modo, o estudo objetiva analisar as características clínicas e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde em três municípios do Ceará.

METODOLOGIA

Estudo transversal desenvolvido em três municípios do Ceará, que foram selecionados por serem de grande porte populacional (acima de 100 mil habitantes), apresentavam percentuais distintos de cobertura de Estratégia Saúde da Família, índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM) médio de 0,7; e índice de longevidade esperada para o ano de 2010 de 0,8 – que representa índice elevado e indicativo de população idosa propensa ao desenvolvimento de adoecimentos crônicos. A condução do estudo seguiu as recomendações da iniciativa *Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). O local do estudo correspondeu a 12 unidades de saúde, sendo quatro por município.

Para definir o tamanho da amostra, considerou-se o cálculo de população infinita, fórmula indicada para estudos descritivos. Desse modo, adotou-se fator de correção para população infinita, com proporção em 50% por não ser conhecida, erro de 5% e intervalo de confiança de 95%. Assim, estimou-se uma amostra necessária de 384 pessoas.

Para seleção dos participantes, inicialmente foram identificadas unidades de saúde que tivessem em seu território adstrito o maior quantitativo de pessoas com HA e/ou DM acompanhadas no período da coleta de dados. Desse total, excluíram-se, a princípio, pessoas menores de 18 anos. Seguidamente, realizou-se um sorteio para seleção aleatória dos participantes.

Iniciada a coleta de dados, outros critérios de exclusão foram aplicados: pessoas acamadas, que não residiam mais no território e que possuíssem limitado grau de orientação, tornando-as incapazes de responder sobre a sua situação de saúde e QV. O exposto representava perdas previstas no cálculo amostral, contudo, optou-se por retomar o processo de seleção aleatória (sorteio) com vistas a garantir o alcance de 100% da amostra.

Considerando os objetivos do estudo, com os quais se busca uma análise da QV em pessoas com HA e DM isoladas, e em associação, e que o banco de dados fornecido pelas secretarias municipais não permitia identificar quem tinha acometimentos isolados ou em associação, esclareceu-se tão somente no desenvolvimento da coleta junto aos participantes é que foi possível reconhecer a variável diagnóstica. Isso influenciou em uma distribuição disforme do quantitativo de participantes, conforme aqui apresentado: 176 pessoas com HA, 41 com DM

e 167 com as duas associadas; totalizando 384 da amostra.

A coleta de dados aconteceu de setembro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde de cada município, em local reservado e/ou nas residências dos participantes, com a intencionalidade de abranger aqueles que por algum motivo não podiam ir até as unidades de saúde. A coleta de dados se deu em três momentos: no primeiro, as pessoas eram orientadas quanto à pesquisa, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso aceitassem participar; posteriormente, realizavam-se perguntas de caracterização do participante e aferição da Pressão Arterial (PA); e, por último, foi aplicado o questionário de avaliação da qualidade de vida, *Short Form-36* (SF-36) e realizada a aferição, novamente, da PA e a mensuração da Glicemia Pós-Prandial (GPP).

Para a obtenção das características sociodemográficas foram registradas a idade, sexo e diagnóstico (HA, DM, HA e DM) dos participantes. Posteriormente, avaliada a condição clínica por meio da PA, em mmHg, aferida com esfigmomanômetro aneroide e manguito padrão para adultos. Foram realizadas duas aferições no início e ao final da avaliação, com cerca de 20 minutos de intervalo. Usou-se a segunda medida para análise dos dados. Se tratando da glicemia capilar, em mg/dL, avaliada por meio da coleta de sangue capilar obtido pela punção de polpa digital feita com lanceta e coletada com fita reagente do glicosímetro portátil.

Para a avaliação da qualidade de vida, usou-se o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) ou *Short Form-36* (SF-36), que trata-se de um questionário multidimensional composto por 36 itens, ajustado em 8 domínios avaliativos: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas), aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde), vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde), aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais) aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar)^{15, 16}.

Os dados foram tabulados no Programa Microsoft Excel, no qual foi realizado o cálculo específico do instrumento SF-36, chamado de *Raw Scale* que se destina em avaliar os 8 (oito) domínios do instrumento em uma escala de 0 (zero) a 100 (cem), em que valor 0 significa pior estado geral de saúde e 100 melhor estado de saúde¹⁶.

De acordo com as diretrizes do instrumento, inicialmente, realizou-se a soma da pontuação de cada questão, para isso cada resposta recebeu um escore preconizado. Posteriormente, foi aplicada a fórmula *Raw Scale* para cada domínio, considerando os valores de limite inferior e variação padronizados para cada domínio e suas respectivas questões (itens).

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio-padrão) para as variáveis contínuas.

Posteriormente, para as análises inferenciais e aplicação dos testes, foi utilizado o *Software R*, versão 4.0.0. Nesse estudo, em razão dos tipos de variáveis, adotaram-se seguintes testes não paramétricos: Teste de Kruskal-Wallis – para relacionar os diagnósticos (HA, DM e HA/DM) com os dados clínicos (PA e GPP) e, posteriormente, com os domínios do instrumento de QV; e Teste de Mann-Whitney – para análise da associação do sexo com os domínios do instrumento de QV.

Por oportuno, esclarece-se que, nas duas situações em que o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado, procedeu-se à realização do teste de Dunn (post-hoc), mediana e amplitude interquartil. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, sendo os resultados do teste Kruskal-Wallis expressos, especificamente, em *box plot*. O nível de significância estatística foi fixado em 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi conduzido segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 e todas suas complementares do CNS/MS. O mesmo já foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, parecer n.º 2.102.876/2017.

RESULTADOS

Participaram do estudo 384 pessoas (Tabela 1), com predomínio do sexo feminino (272, 70,8%). A faixa etária predominante foi igual ou superior a 60 anos (255, 66,3%). Em relação ao diagnóstico, 176 (45,8 %) participantes sofriam HA, 41 (10,7%), DM e 167 (43,5%) HA e DM associadas.

Tabela 1 – Perfil dos participantes (sexo e faixa etária) por diagnósticos. Ceará, 2020

VARIÁVEIS	HA		DM		HA e DM		Total		
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
Sexo	Masculino	50	28,4	15	36,6	47	28,1	112	29,2
	Feminino	126	71,6	26	63,4	120	71,9	272	70,8
	Total	176	100	41	100	167	100	384	100
Faixa etária	20-29	1	0,6	1	2,4	1	0,6	3	0,8
	30-39	10	5,7	2	4,9	1	0,6	13	3,4
	40-49	24	13,6	9	22,0	6	3,6	39	10,2

(Conclusão)

VARIÁVEIS	HA		DM		HA e DM		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
50-59	36	20,5	10	24,4	28	16,8	74	19,3
60 ou +	105	59,6	19	46,3	131	78,4	255	66,3
Total	176	100	41	100	167	100	384	100

Fonte: elaborada pelas autoras.

Para avaliação dos aspectos que podem influenciar a autopercepção da QV, foram analisados os escores dos domínios do instrumento SF-36 e as variáveis clínicas coletados. As variáveis clínicas examinadas estão detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise descritiva e inferencial das variáveis clínicas (pressão arterial sistêmica e diastólica e glicemia pós-prandial) por diagnósticos. Ceará, 2020

VARIÁVEIS		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	p*
HA	PAS	100	190	130	132,0	±17,0	
	PAD	60	120	80	83,1	±11,3	-
	GPP	64	438	106	115,2	±40,4	
DM	PAS	100	160	120	125,4	±13,3	
	PAD	50	100	80	78,6	± 10,9	-
	GPP	59	490	188	206	±89,6	
HA/DM	PAS	100	200	130	134,1	±17,7	
	PAD	60	111	80	80,8	±10,7	-
	GPP	59	555	166	194,3	±104,7	
AMOSTRA TOTAL	PAS	100	200	130	132,2	±17,2	0,005
	PAD	50	120	80	81,6	±11,1	0,088
	GPP	59	555	129,5	159,3	±89,4	0,001

*Kruskall-Wallis (p<0,05)

Legenda: Pressão Arterial Sistólica (PAS); Pressão Arterial Diastólica (PAD); Glicemia Pós-Prandial (GPP); Desvio-padrão (DP)

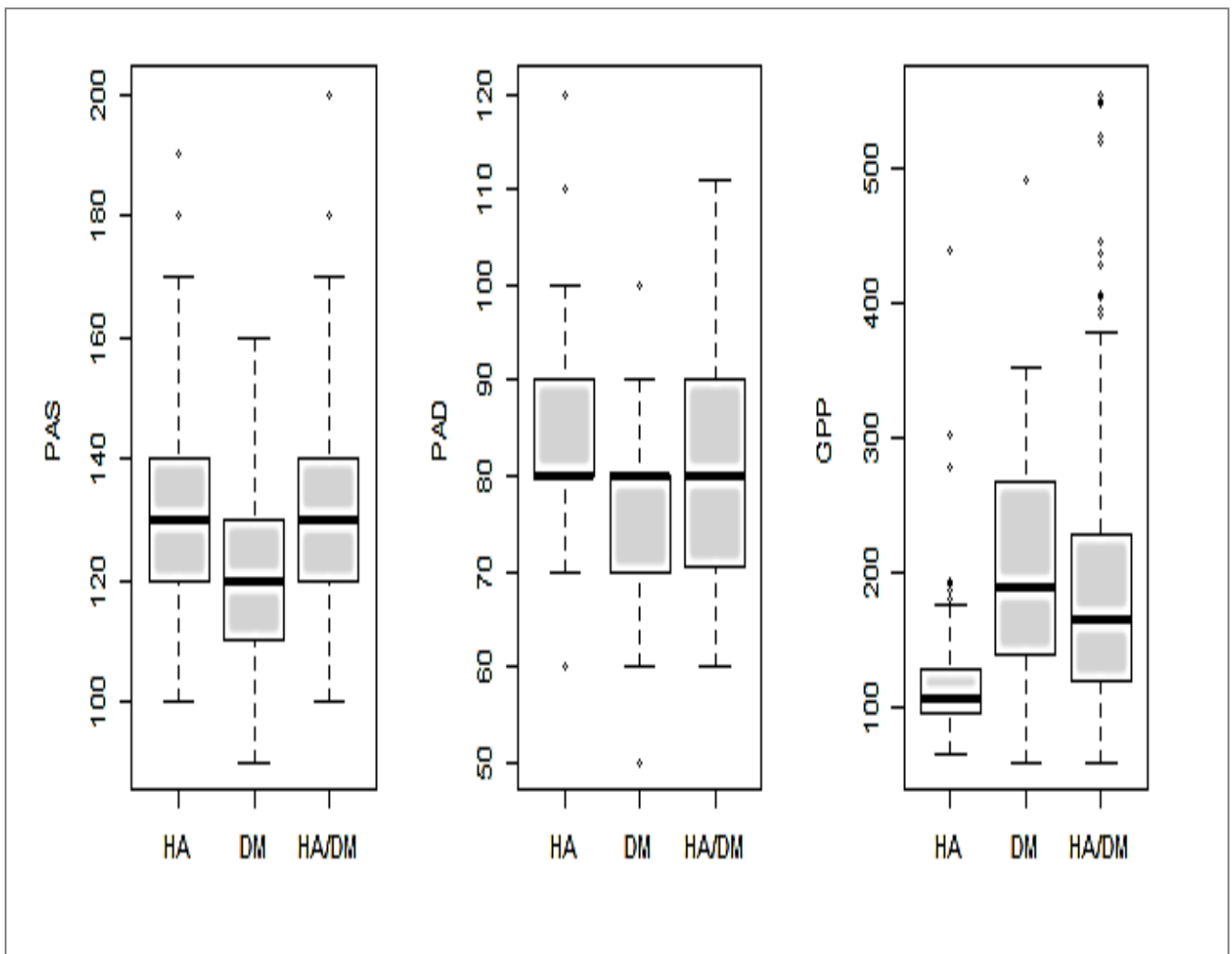
Fonte: elaborada pelas autoras.

Verifica-se que o valor médio da PA para a amostra total do estudo foi de 132,2/81,6 mmHg. Houve, ainda, diferença estatisticamente significativa para PAS (p<0,005) e GPP (p<0,001), diferença verificada entre os grupos HA e DM, indicando que as pessoas com DM

apresentaram menores valores na aferição de PAS e que as pessoas apenas com HA tiveram menores valores de GPP.

Na Figura 1, representa-se, por meio de *box plot*, que na aferição da PAS, o grupo de pessoas com DM tem valores menores comparados aos demais grupos. Já na representação da aferição da GPP, o grupo de pessoas com HA está abaixo dos demais grupos.

Figura 1 – Representação gráfica de tipo *Box plot* dos valores de dados clínicos por diagnóstico. Ceará, 2020



Legenda: PAS– Pressão Arterial Sistólica; PAD – Pressão Arterial Diastólica; GPP – Glicemia Pós-Prandial

Fonte: elaborada pelas autoras.

Em relação à avaliação de qualidade de vida por diferença entre os sexos (masculino e feminino), o teste de Mann-Whitney mostrou que há diferença estatística nos domínios de capacidade funcional ($p < 0,001$), dor ($p < 0,001$), estado geral de saúde ($p < 0,001$), aspectos sociais ($p < 0,001$) e saúde mental ($p < 0,001$). Diferença encontrada para o sexo masculino com medianas maiores em comparação ao sexo feminino, conforme é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores das medianas e amplitude interquartil dos domínios de qualidade de vida (SF-36) segundo sexo dos participantes (masculino e feminino). Ceará, 2020

Domínios SF-36	Masculino	Feminino	p**
	Mediana (Q1 - Q3)		
Capacidade Funcional	75 (50-90)	55 (28,8- 85)	<0,001
Limitação por Aspectos Físicos	50 (0-100)	25 (0-100)	0.143
Dor	72 (51,8-100)	52 (32-72,5)	<0,001
Estado geral da saúde	62 (52-72)	57 (42-72)	<0,001
Vitalidade	65 (53,8-80)	60 (43,8-80)	0.137
Aspectos Sociais	100 (75-100)	75 (50-100)	<0,001
Limitação por Aspectos Emocionais	100 (0-100)	33,3 (0-100)	0.075
Saúde Mental	76 (64-88)	70 (52-84)	<0,001

*amplitude interquartil (quartil₂₅ – quartil₇₅)

**Mann-Whitney (p<0,05)

Fonte: elaborada pelas autoras.

Na Tabela 4, consta a análise descritiva da QV, considerando os domínios do SF-36, dos quais seis domínios na amostra total apresentaram medianas acima de 50, e apenas os domínios de limitação por aspectos físicos e por aspectos emocionais tiveram os menores valores (medianas de 25 e 33,3, respectivamente).

Tabela 4 – Análise descritiva dos domínios do SF-36 por diagnósticos. Ceará, 2020

Domínios SF-36	Diagnóstico	Mínimo	Máximo	Mediana	p*
Capacidade Funcional	Amostra total	0	100	60	0,01
	HA	0	100	70	
	DM	5	100	70	
	HA e DM	0	100	50	
Limitação por Aspectos Físicos	Amostra total	0	100	25	0,01
	HA	0	100	50	
	DM	0	100	50	
	HA e DM	0	100	0	
Dor	Amostra total	0	100	61	0,05
	HA	0	100	61	
	DM	0	100	72	
	HA e DM	0	100	61	

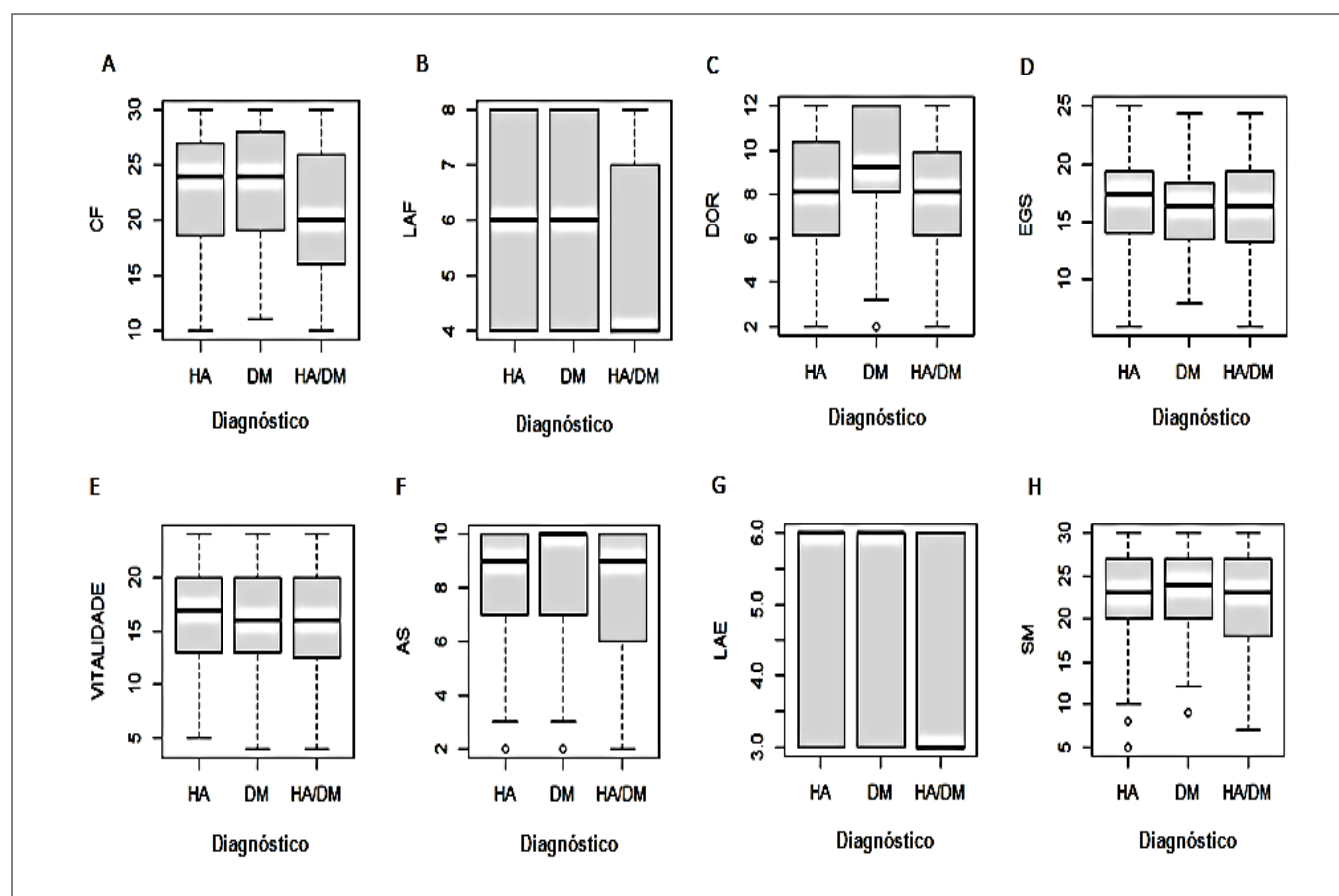
Domínios SF-36	Diagnóstico	Mínimo	Máximo	Mediana	(Conclusão)
					p*
Estado geral da saúde	Amostra total	5	100	57	0,3462
	HA	5	100	62	
	DM	15	97	57	
	HA e DM	5	97	57	
Vitalidade	Amostra total	0	100	60	0,3462
	HA	5	100	62	
	DM	15	97	57	
	HA e DM	5	97	57	
Aspectos Sociais	Amostra total	0	100	87,5	0,6315
	HA	5	100	65	
	DM	0	100	60	
	HA e DM	0	100	60	
Limitação por Aspectos Emocionais	Amostra total	0	100	33,3	0,001
	HA	0	100	100	
	DM	0	100	100	
	HA e DM	0	100	0	
Saúde Mental	Amostra total	0	100	72	0,6899
	HA	0	100	72	
	DM	16	100	76	
	HA e DM	8	100	72	

*Kruskall-Wallis ($p < 0,05$)

Fonte: elaborada pelas autoras.

Foi identificada diferença estatística para o grupo de pessoas com HA e DM em associação, referente aos domínios de capacidade funcional ($p < 0,01$), limitação por aspectos físicos ($p < 0,01$) e limitação por aspectos emocionais ($p < 0,001$). Essa diferença sinaliza escores menores de QV, ou seja, menores pontuações (mediana) nesses domínios. Contudo foi constatada diferença estatística para as pessoas com DM em relação ao domínio de Dor ($p < 0,05$), ou seja, com melhor pontuação (mediana) nesse domínio. Na próxima página, na Figura 2, tem-se a representação, por meio de *box plot*, dos oito domínios por diagnóstico.

Figura 2 – Representação gráfica de tipo *Box plot* dos domínios do instrumento SF-36 por diagnósticos. Ceará, 2020



Legenda: CF – Capacidade Funcional; LAF – Limitação por Aspectos Físicos; AS – Aspectos Sociais; LAE – Limitação por Aspectos Emocionais; SM – Saúde Mental; HA – Hipertensão Arterial; DM – Diabetes Mellitus

Fonte: elaborada pelas autoras.

DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 384 pessoas, com prevalência do sexo feminino (272, 70,8%). Isso pode estar relacionado à percepção que as mulheres têm com seu processo de saúde-doença, dedicando maior cuidado consigo e maior empenho na procura de serviços de saúde, para realizar precocemente exames e consultas com mais chance de prevenção, diagnóstico, tratamento¹⁷.

Importante frisar que houve diferença estatisticamente significativa na análise da QV entre homens e mulheres, em que os homens apresentaram maiores medianas, representando uma percepção mais positiva da QV. Isso pode estar associado ao fato de outras questões poderem influenciar no estado de saúde das mulheres, e na forma como elas o percebem, podendo citar estresse, alterações hormonais e por serem mais sensíveis a identificarem problemas de saúde^{18, 19}.

O perfil etário característico do estudo é de pessoas com idade igual ou superior a 60

anos (255, 66,4%); tal achado coaduna com o perfil majoritário de pessoas acometidas por adoecimentos crônicos, mais incidentes e prevalentes no grupo etário identificado, devido à associação entre a transição demográfica e a epidemiológica²⁰. O exposto permite, ainda, pontuar a relevância de analisar a QV em idosos, sobretudo, por perceber a forma que vivenciam a velhice e, assim, como entendem seu estado de saúde e as implicações emocionais envolvidas¹⁴.

Embora nesse estudo a idade não tenha sido diretamente associada a QV, uma pesquisa evidenciou que pessoas com a faixa etária igual ou acima de 70 anos com presença de HAS/DM tem associação com algum grau de dependência para a capacidade funcional (domínio que compõe a avaliação de QV) conseqüentemente, coloca a pessoa idosa a uma condição de vulnerabilidade e implica na diminuição de sua QV²¹. Essas questões implicam em um enfrentamento diferenciado frente aos acometimentos a que estão expostos e em práticas clínicas mais resolutivas advindas de um sistema de saúde fortalecido ao incorporar as dimensões da QV no processo de trabalho em saúde.

Sobre a ocorrência do diagnóstico, 167 (43,5%) pessoas apresentam HA e DM, em associação, 176 (45,8%) com HA e 41 (10,7%) com DM, de forma isolada. Destaca-se, aqui, a significativa ocorrência de HA e DM simultaneamente, fator que amplia a diversidade de complicações clínicas e acionamentos para enfrentamento por parte dos profissionais da saúde. Reitera-se, portanto, a necessidade de uma atenção qualificada junto a esse público, pois esses adoecimentos impactam a QV das pessoas, além de aumentarem o risco para outras morbidades e mortalidade precoce^{22, 23}.

O acompanhamento dessas pessoas deve ser rigoroso, com uma avaliação clínica detalhada e monitoramento constante dos níveis pressóricos e glicêmicos. Pois esses são indicadores clínicos e de baixo custo que, quando avaliados na ESF, fornecem benefícios, tanto para auxiliar o diagnóstico precoce, como para aperfeiçoar o tratamento. Resultam em redução de conseqüências devido a HA e/ou DM e melhoram a QV, pois estabelecem o manejo e controle dessas doenças²⁴. Ademais, o exame dessas questões pode favorecer o reconhecimento de fatores que interfiram na QV e no estado de saúde de pessoas com HA e/ou DM. Estudos apontam que a QV pode estar relacionada aos níveis de controle da PA, em pessoas com hipertensão, e ao melhor controle glicêmico e estilo de vida, nas pessoas com diabetes^{25, 26}.

Destaca-se que foram verificados valores mais elevados de PAS do que PAD, o aumento do valor da sistólica pode ser está associado a idade, visto que com o tempo ocorre o enrijecimento da parede arterial dos grandes vasos sanguíneos ocorrendo aumento da PAS e manutenção ou queda da PAD²⁷. Foram identificados valores menores (medianas e diferença estatística) de níveis pressóricos e glicêmico em pessoas com apenas HA ou DM. Em contrapartida, pessoas com diagnósticos em associação (HA e DM) tiveram valores mais

elevados.

Um estudo realizado em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) abordou a avaliação dos níveis glicêmicos e pressóricos em pacientes críticos, mostrando a importância de manter o controle desses fatores para melhorar o prognóstico dos pacientes, além de ressaltar que a associação de HA e DM podem ser fatais, visto que aumento o risco de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e problemas renais²⁸.

Na análise específica por domínios do SF-36, os participantes, de modo geral, tiveram valores altos de escores, o que indica boa QV. Destaca-se que os domínios de aspectos sociais e saúde mental foram os que obtiveram melhores pontuações.

Outros estudos trouxeram resultados semelhantes. Um deles, que avaliou a QV de pessoas com HA, os domínios de aspectos sociais, de saúde mental e de capacidade funcional também foram identificados como os domínios com maiores escores. Outro estudo, desenvolvido com pessoas com DM, apresentou os domínios de aspectos sociais e de saúde mental como escores preservados durante o tempo de acompanhamento^{29, 30}.

Foi verificada que pessoas com HA e DM em associação apresentaram percepção negativa nos domínios de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e emocionais. Ou seja, pode-se inferir que se sentem mais afetadas e/ou com limitações (dificuldades) em desempenhar atividades da vida diária e/ou profissionais.

Um estudo que traçou fatores associados a melhor QV de pessoas com DM apresentou em seus achados que a presença de morbidades, incluindo a associação a HA, interferiam em maiores chances de uma pior QV física e mental³¹. E um estudo que avaliou a associação da QV ao número de morbidades evidenciou que quanto maior o número de morbidades pior os escores de QV, em especial aos domínios físicos e de limitação por aspectos sociais e emocionais³².

No domínio dor, os escores foram superiores para o grupo de pessoas com DM, tanto nos testes como na análise descritiva do domínio, indicando menos interferência da dor na vida cotidiana das pessoas. É importante frisar, contudo, que a longa duração das doenças crônicas, principalmente do DM, está relacionada ao surgimento de complicações, a maior intensidade de dor, repercutindo em maior interferência e impacto negativo na QV das pessoas acometidas³³.

No estudo, as limitações físicas e emocionais foram as que apresentaram um acentuado impacto na QV dos participantes, pois apresentam os escores com valores mais baixos entre os domínios, especialmente no grupo de pessoas com HA e DM em associação. Outro estudo apresenta resultados similares no que diz respeito às pessoas se sentirem limitadas em realizar atividades da vida diária em virtude a fatores emocionais. E ainda foi evidenciado que as pessoas com HA associado a DM foram as que apresentaram menores escores, apresentando maior prejuízo na QV³⁴.

A preocupação e a ansiedade em pessoas com HA e/ou DM são fatores que influenciam no controle glicêmico e pressórico, o que gera a descompensação da doença elevando os riscos de agravamento. Faz-se necessário, portanto, acompanhamento por uma equipe multidisciplinar associada ao controle periódico dos níveis de PA e glicemia, e mudança no estilo de vida, o que inclui exercícios físicos e alimentação saudável⁸, com vistas ao tratamento eficaz.

Os resultados apresentados no estudo constataam que pessoas com HA e DM são mais afetadas na percepção positiva de QV em decorrência a características clinicas, como por exemplo, ao controle de níveis glicêmicos e pressóricos, bem como por limitações e/ou dificuldades em realizar atividades diárias em virtude a problemas físicos e/ou emocionais.

CONCLUSÃO

O estudo foi composto majoritariamente por idosos e que, por meio dos resultados, os participantes apresentaram, de modo geral, uma percepção positiva da QV. Contudo, os domínios relacionados a limitações por aspectos emocionais e físicos foram os que tiveram menores escores, inferindo aspectos negativos na autopercepção de saúde, principalmente para as pessoas com HAS e DM associadas.

Além dessas características, o sexo masculino obteve melhores percepções nos domínios que avaliam a QV. Embora o estudo não possa relacionar causalidade dos níveis glicêmicos e pressóricos com a avaliação da QV, inferiram-se melhores níveis pressóricos e glicêmicos em pessoas com apenas uma condição (HAS e/ou DM). Esses achados fornecem pistas que devem ser consideradas na qualificação da assistência a pessoas com HA e DM.

O estudo tem como limitações ter adotado um tipo de estudo que impossibilita concluir relação de causalidade. E a averiguação da QV pela autopercepção dos participantes pode ter influência de algumas subjetividades inerentes aos contextos de vida das pessoas, que não foram capturadas nesse estudo, por não ser sua intencionalidade inicial. Assim, a generalização dos dados, e sua aplicabilidade em outros cenários, devem ser examinadas com critério.

Disso posto, analisar a QV de pessoas com HA e/ou DM significa considerar todos os aspectos e contextos que estas pessoas estão inseridas. Essa investigação se fez necessária para compreender as características que interferem no estado de saúde das pessoas, assim como para sua QV. Recomendam-se, portanto, novos estudos que explorem lacunas e outras correlações que permeiam a QV de pessoas com HA e/ou DM, de modo a identificar medidas de enfrentamento, acompanhamento e garantia do cuidado integral na APS.

Financiamento

Este trabalho foi apoiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) por meio do fomento da pesquisa intitulada “Avaliação da efetividade do Nasf frente ao controle clínico e qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes”, subvencionada pelo Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde/PPSUS-CE FUNCAP-SESA-Decit/SCTIE/MS-CNPq, por meio Edital n.º 01/2017 [número de concessão PP3-0118-00048.01.00/17].

REFERÊNCIAS

1. World health organization (WHO). Hipertensão. Ficha técnica sobre hipertensão. Geneva: WHO [Internet]. 2019 [acesso em 2020 jul. 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. World health organization (WHO). Diabetes. Ficha técnica sobre diabetes. Geneva: WHO [Internet]. 2020 [acesso em 2020 jul. 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Borges DD, Lacerda JT. Ações voltadas ao controle de diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. Saúde Debate [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 jul. 13]; 42(116): 162-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0162.pdf>
4. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA et al. Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de língua portuguesa: dados do “Global Burden of Disease”, 1990 a 2016. Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 jul. 15]; 110(6): 500-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v110n6/pt_0066-782X-abc-110-06-0500.pdf
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
6. Cruz DSM, Collet N, Nóbrega VM. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. Ciênc Saúde Colet [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 jul. 14]; 23(3): 973-89. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n3/973-989>
7. Tyson MD, Barocas DA. Quality of Life After Radical Cystectomy. Urologic Clinics of North America [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2022 jul. 14]; 45(2): 249-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29650140>
8. Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SMF. Vidas em tratamento para a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 jun. 05]; 72(1): 109-17. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0102.pdf
9. World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO [Internet]. 2013 [acesso em 2020 jul. 15]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=E B11606F8EB0FE034C47198BD2A5DB38?sequence=1

10. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 jul. 16]; 42: 18-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. 2017.
12. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 jul. 20]; 23(6): 1903-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt>
13. Shimels T, Kassu RA, Bogale G, Muleta MB, Akalu GT, Getachew A, Shewamene Z, Getnet M, Abraha M. Health-Related Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* [serial on the Internet]. 2022 [acesso em 2022 jul. 14]; 32(2): 381-392. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9175229/>
14. Esteves M, Vendramini SHF, Santos MLSG, Brandão VZ, Soler ZAS, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2020 jul. 09]; 50(1): 18-28. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/135042>
15. Almeida JFR, Costa KIDB, Ruas MF. Qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos com doença renal crônica no hospital do rim em Guanambi-Bahia. *Rev Inpirar*. 2018; 15(1): 6-10.
16. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2020 jul. 20]; 39(3). Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>
17. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LSM, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidem* [periódico na Internet]. 2021 [acesso em 2022 jul. 13]; 24(n.supl.2): 1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/RrQwQKS6f4dVr8pNPzDhxxG/?format=pdf&lang=pt>
18. Silva ECS, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NS, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Rev Bras Epidem* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2020 jun. 11]; 19(1):38-51. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2016.v19n1/38-51/pt>
19. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da pesquisa nacional de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2020 mai. 09]; 51(n.supl.1): 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
20. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2020 jul. 09]; 28(5): 955-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2012000500014>
21. Mota TA, Alves MB, Silva VA, Oliveira FA, Brito PMC, Silva RS. Fatores associados à capacidade funcional de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. *Esc Anna*

- Nery [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2022 jul. 14]; 24(1): e2019009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5pwMcHnrr4JzgtQdvZ5WjBG/?format=pdf&lang=pt>
22. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 ago. 13]; 23(11):3829-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3829.pdf>
23. Christofolletti M, Del Duca GF, Gerage AM, Malta DC. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 jun. 11]; 29(1). Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n1/e2018487/pt>
24. Stopa SR, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* Nery [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2022 jul. 14]; 22: e90057. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190057.pdf>
25. Chin YR, Sook Lee I, Young Lee H. Effects of Hypertension, Diabetes, and/or Cardiovascular Disease on Health-related Quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nurs Res* [serial on the Internet] 2014 [acesso em 2020 mai. 05]; 8: 267-73. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000668>
26. Trikkalinou A, Papazafiropoulou Ak, Melidonis A. Diabetes tipo 2 e qualidade de vida. *World J Diabetes* [serial on the Internet] 2017 [acesso em 2020 mai. 05]; 8(4): 120-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394731>
27. Malachias MVB. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Rev bras hipertens* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2020 jan. 03]; 24(1): 12-91. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbcdha/profissional/revista/24-1.pdf>
28. Baptista BA, Felix LF, Souza JMO, Duarte TTP, Magro MCS. Alterações glicêmicas e pressóricas em pacientes críticos. *Rev enferm UFPE (Reuol)* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 mai. 08]; 12(8): 2163-69. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236609p3163-2169-2018>
29. Magnabosco P, Nogueira MS. Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com hipertensão arterial. *REME* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2020 mai. 11]; 13(2): 225-231. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/183>
30. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2020 mai. 08]; 47(2): 348-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/11.pdf>
31. Santos RLB, Campos MR, Flor LS. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. *Ciênc saúde colet* [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 mai. 12]; 24(3): 1007-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-1007.pdf>
32. Maciel NM, De Conti MHS, Simeão SFAP, Corrente JE, Ruiz T, Vitta A. Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. *Fisioter pesq* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2020 mai. 13]; 23(1): 91-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fp/v23n1/2316-9117-fp-23-01-00091.pdf>
33. Degu H, Wondimagegnehu A, Yifru YM, Belachew A. Is health related quality of life influenced by diabetic neuropathic pain among type II diabetes mellitus patients in Ethiopia? *Plos One* [serial on the Internet]. 2019 [acesso em 2022 jul. 14]; 14(2): e0211449. Doi: 10.1371/journal.pone.0211449

34. Suzano DS, Almeida MCS, Massa LDB; Wengert M. A importância da qualidade de vida de pacientes hipertensos. Saúde Redes [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2020 mai. 08]; 2(1): 53-63. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/660/pdf_22