

Qualidade de Vida de indivíduos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na atenção primária à saúde

Quality of life of individuals with arterial hypertension and/or diabetes mellitus monitored in primary health care

Rafaella Lemos Alves, Daniela Braga Lima

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus acompanhados na atenção primária à saúde. **Métodos:** Estudo transversal realizado em uma estratégia de saúde da família com 144 indivíduos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Foram coletados dados sobre estilo de vida e estado nutricional. A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário SF-36. **Resultados:** Os domínios com menores escores da qualidade de vida foram: vitalidade 58,89 ($\pm 23,16$), estado geral de saúde 59,69 ($\pm 23,80$) e dor 60,48 ($\pm 28,28$). **Considerações finais:** Observou-se, em alguns domínios, uma baixa percepção da qualidade de vida entre os participantes, que pode ser agravada por fatores comportamentais de risco à saúde como o excesso de peso.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life of individuals with arterial hypertension and / or diabetes mellitus monitored in primary health care. **Methods:** Cross-sectional study carried out in a family health strategy with 144 individuals with arterial hypertension and / or diabetes mellitus. Data on lifestyle and nutritional status were collected. Quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire. **Results:** The domains with the lowest quality of life scores were: vitality 58.89 (± 23.16), general health status 59.69 (± 23.80) and pain 60.48 (± 28.28). **Final considerations:** In some domains, a low perception of quality of life was observed among the participants, which can be aggravated by behavioral risk factors for health such as being overweight.

KEYWORDS: Hypertension; Diabetes Mellitus; Quality of Life.

Como citar este artigo:

ALVES, RAFAELLA L.; LIMA, DANIELA B.; Qualidade de Vida de indivíduos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na atenção primária à saúde. Revista Saúde (Sta. Maria). 2020; 46 (2).

Autor correspondente:

Nome: Rafaella Lemos Alves
E-mail: rafaella.alves@ls.edu.br
Telefone: (61) 998341385
Formação Profissional: Mestre em Saúde e Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) que fica na cidade de Ouro Preto, MG, Brasil.

Filiação Institucional: Faculdade LS Educacional - DF, Curso de Nutrição, Taguatinga - DF
Endereço para correspondência: Rua: QSD Lote para comércio 5
Bairro: Pistão Sul
Cidade: Taguatinga
Estado: Distrito Federal
CEP: 72020-111

Data de Submissão:

06/06/2020

Data de aceite:

30/10/2020

Conflito de Interesse:

Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹.

No Brasil, a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem as principais causas de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e estão entre as principais causas de mortes prematuras e evitáveis². Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹ a prevalência na população urbana adulta, no país, para HA foi de 21,4% e de 6,2% para DM, em 2013. Já os dados da Vigilância e Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2018, apontaram uma prevalência de 24,7% para HA e de 7,7% para DM³.

A HA e o DM representam um problema de saúde pública, uma vez que são patologias que se instalam permanentemente, gerando necessidade de novos hábitos de vida, podendo desencadear complicações associadas em ambas e justificando a alta morbimortalidade⁴.

Ademais, as manifestações clínicas associadas ao curso e à complexidade das doenças, afetam não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos sociais, psicológicos e espirituais dos pacientes, interferindo sistematicamente em sua Qualidade de Vida (QV)^{5,6,7}. Segundo a Organização Mundial de Saúde, QV é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸.

Diante dessa definição, tem-se aumentado o interesse em se mensurar a QV, dada a sua importância como indicador prognóstico de morbimortalidade, sendo reconhecido como indicador de saúde pública⁹. Assim, conhecer o nível de QV da população com HA e DM, contribui de forma benéfica, uma vez que, dependendo dos resultados encontrados é possível, planejar e executar ações que visem promover ou resgatar a QV dos portadores de doenças crônicas, utilizando não só de alternativas curativas, mas também sociais e de promoção da saúde^{4,9}.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV dos indivíduos com HA e/ou DM acompanhados na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Delineamento do estudo e amostra

Estudo de delineamento transversal realizado com usuários cadastrados e acompanhados por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município do sul de Minas Gerais, portadores de HA e/ou DM, no período de maio a julho de 2015. Como critérios de inclusão no estudo, ter idade ≥ 20 anos e < 60 anos e como critério de exclusão, não ter o diagnóstico de HA e/ou DM.

Inicialmente, realizou-se um o levantamento da população de abrangência da ESF com registro de 3900 usuários, sendo 836 famílias cadastradas, a partir do cadastro individual – Ficha eSUS - foi feita a busca de todos os indivíduos com idade superior ou igual a 20 e menor que 60 anos, portadores de HA e/ou DM.

Para a determinação da amostra utilizou-se o número total de indivíduos que se enquadravam aos critérios de inclusão. O universo amostral foi de 231 pessoas. Assim, a partir do universo populacional, e considerando o valor de 5% de confiança, foi calculada a amostra do estudo, totalizando 144 voluntários. O tamanho da amostra foi calculado a partir do programa OpenEpi para estatísticas epidemiológicas de acordo com a seguinte equação:

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d2/Z2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$$

Onde:

Tamanho da população(para o fator de correção da população infinita ou fcp) (N): 231

Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p): 50%

Limites de confiança com % de 100 (absoluto +/-%):5%

Coleta dos dados e considerações éticas

A coleta de dados foi realizada por uma equipe previamente treinada, composta por duas nutricionistas residentes em saúde da família e duas alunas de graduação do curso de nutrição da Universidade Federal de Alfenas – MG. Foram feitas visitas domiciliares aos voluntários da pesquisa para realização da entrevista e coleta de dados antropométricos.

A entrevista foi realizada por meio da aplicação do questionário sociodemográfico com informações referentes a sexo, idade (anos) e escolaridade. Para a variável escolaridade, foi obtido o número de anos completos de estudo e o nível de instrução que foi categorizado em: sem alfabetização (< 1 ano), ensino fundamental incompleto (< 8 anos), ensino fundamental completo (≥ 8 anos), ensino médio incompleto (< 12 anos), ensino médio completo (≥ 12 anos), ensino superior (≥ 16 anos). Além disso, foram coletados dados sobre estilo de vida como prática de atividade física (sim/não), tabagismo (sim/não) e etilismo (sim/não).

Para a avaliação da QV foi utilizado o questionário The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health (SF-36) composto por 36 itens que fornecem pontuações em oito dimensões da QV: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Cada domínio recebe um escore que varia de 0 a 100, e quanto maior o escore melhor a percepção sobre QV.

As medidas antropométricas de peso (kg), altura (m) e circunferência da cintura (cm) foram obtidas com base nos critérios de padronização do Ministério da Saúde¹⁰. Para aferir o peso e altura utilizou-se balança modelo digital portátil, com capacidade para 150 kg, precisão de 100 gramas da marca DayHome. Os indivíduos foram pesados descalços e usando roupas leves. A estatura foi aferida com estadiômetro portátil Personal Caprice Sanny, com os indivíduos descalços, a cabeça posicionada na posição de Frankfurt, admitindo variação máxima de 1 cm. A circunferência da

cintura foi medida com fita métrica inextensível e inelástica, com escala de 0,5 cm, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, sendo a fita colocada em plano horizontal.

O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando-se os pontos de corte preconizados pelo Ministério da Saúde: baixo peso (IMC inferior a 18,5kg/m²), normal (IMC de 18,5kg/m² a 24,9kg/m²), sobrepeso (IMC de 25,0kg/m² a 29,9kg/m²), obesidade grau I (IMC de 30,0kg/m² a 34,9kg/m²), obesidade grau II (IMC de 35,0kg/m² a 39,9kg/m²) e obesidade grau III (IMC igual ou superior a 40kg/m²)¹⁰.

A obesidade central (gordura abdominal) foi avaliada pela medida da Circunferência da Cintura (CC), classificada em risco cardiovascular aumentado ou muito aumentado: CC ≥ 80cm e CC > 88cm, respectivamente, para mulheres, e CC ≥ 94cm e CC > 102cm, respectivamente, para homens¹⁰.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CAAE nº 37862714.9.0000.5142) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos dados

As variáveis categóricas foram apresentadas com valores de frequência absoluta e relativa, já as variáveis contínuas foram apresentadas com valores de média, desvio padrão, mediana e percentis.

O teste do qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliação das associações entre as variáveis categóricas. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se os dados se aderem a uma distribuição de probabilidade normal. A correlação entre os domínios do SF-36 e as variáveis antropométricas foi testada por meio do coeficiente de correlação de Spearman.

As análises estatísticas foram efetuadas pelos próprios pesquisadores utilizando o programa PASW 17.0. Para todos os testes utilizados adotou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADO

Fizeram parte do estudo 144 pessoas com HA e/ou DM. Desses, 61,10% (n=88) possuíam HA, 14,60% (n=21) tinham DM e 24,30% (n=35) apresentavam ambas as doenças associadas. Dos entrevistados, 68,80% (n=99) eram do sexo feminino, com idade média de 50,50 (±7,68) anos. Quanto à escolaridade 1,40% (n=2) não possuíam alfabetização, 34,00% (n=49) tinham o ensino fundamental incompleto, 13,90% (n=20) o ensino fundamental completo, 0,70% (n=1) o ensino médio incompleto, 32,60% (n=47) o ensino médio completo e 17,40% (n=25) o ensino superior.

No que tange o estado nutricional, observou-se a média de IMC de 30,76 (±6,32) Kg/m², CC média e mediana superior a 94 cm, confirmando a obesidade abdominal (Tabela 1). Ressalta-se, ainda, que do total da população estudada, 84,00% (n=121) apresentava excesso de peso, sendo 10,40% (n=15) considerado diagnosticado como obesidade grau

III (figura 2). Em contrapartida, os indivíduos com apenas HA, 50,70% (n=73) estavam com IMC \geq 25 Kg/m², quando comparados com os DM, 10,40% (n=15), e os indivíduos com ambas as patologias, 22,90% (n=33).

Tabela 1. Características dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de uma Estratégia de Saúde da Família, em Alfenas, MG, 2015.

Variáveis	Média (\pm DP)*	Mediana (Min-Max)*	P25	P75
Idade (anos)	50,50 (\pm 7,68)	52,50(20-59)	47,25	56,00
Peso (Kg)	80,65(\pm 17,58)	78,25(43,6-146)	68,82	91,60
IMC (Kg/m ²)	30,76(\pm 6,32)	29,20(18,04-50,92)	26,79	34,02
CC (cm)	100,43(\pm 14,47)	99,50(48-141)	92,63	110,00

*DP: desvio padrão; Min: mínimo; Max: máximo.

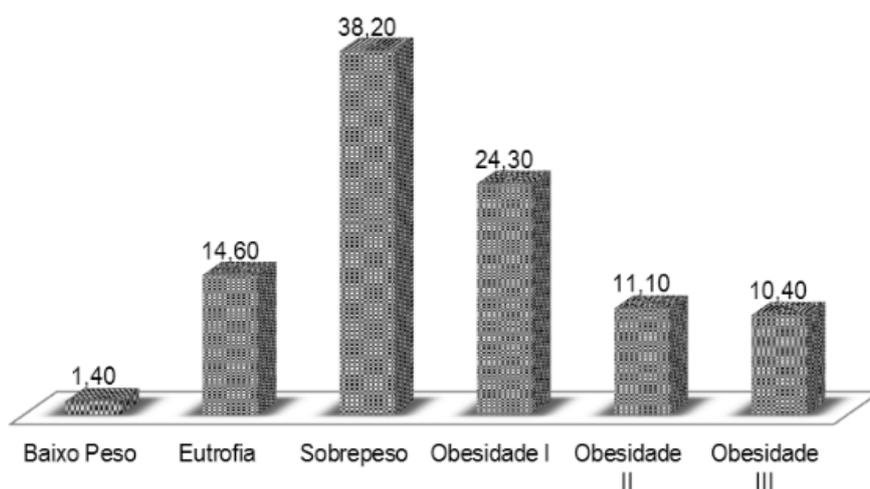


Figura 1. Estado nutricional, segundo Índice de Massa Corporal, dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de uma Estratégia de Saúde da Família, em Alfenas, MG, 2015.

A prevalência encontrada de homens com CC \geq 94 cm foi 11,80% (n=17) e de mulheres com CC \geq 80 cm foi de 9,00% (n=13). Observou-se que 54,20% (n=78) das mulheres e 15,30% (n=22) dos homens apresentaram CC > 88 cm e CC > 102 cm respectivamente. Quanto aos fatores de risco 64,60% (n= 93) não realizavam atividade física, 20,10% (n=29) eram fumantes e 13,20% (n=19) etilistas.

Dos entrevistados 68,80% (n=99) classificaram sua saúde geral como “boa”, 4,90% (n=7) “excelente”, 7,60% (n=11) “muito boa”, 17,40% (n=25) como “ruim” e 1,40% (n=2) “muito ruim”. Quando perguntados sobre a comparação do estado de saúde atual há um ano, a maior parte 52,80% (n=76) relatou estar “quase o mesmo”, 5,60% (n=8) “excelente”,

19,40% (n=28) “um pouco melhor”, 15,30% (n=22) “um pouco pior” e 6,90% (n=10) “muito pior”.

Ao se analisar a prevalência de indivíduos com excesso de peso que classificaram sua saúde geral como “ruim” e “muito ruim” encontrou-se 84,00% (n=21) e 100,00% (n=2) respectivamente (p=0,120). Além disso, aqueles com excesso de peso que compararam o estado de saúde atual há um ano como um “pouco pior” e “muito pior” foi de 77,20% (n=17) e 90,00% (n= 9) respectivamente (p=0,296).

Na avaliação da qualidade de vida observou-se uma menor pontuação média para o domínio vitalidade, seguido de estado geral de saúde e dor (Tabela 2).

Tabela 2. Pontuação dos escores de cada domínio do SF-36 dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de uma Estratégia de Saúde da Família, em Alfenas, MG, 2015.

Domínios SF-36	Média (\pm DP)*	Mediana (Min-Max)*	P25	P75
Capacidade Funcional	69,13 (\pm 26,47)	75,00 (10-130)	51,25	90,00
Aspecto Físico	67,01 (\pm 37,59)	75,00 (0-100)	42,00	77,00
Aspecto Emocional	68,98(\pm 40,13)	100,00 (0-100)	33,33	100,00
Aspecto Social	73,35 (\pm 30,48)	87,50 (0-100)	50,00	100,00
Dor	60,48 (\pm 28,28)	61,00 (0-100)	41,25	84,00
Vitalidade	58,89 (\pm 23,16)	60,00(5-100)	45,00	75,00
Saúde Mental	61,53 (\pm 17,81)	64,00(4-92)	52,00	76,00
Estado Geral de Saúde	59,69 (\pm 23,80)	62,00(5-100)	42,00	77,00

*DP: desvio padrão; Min: mínimo; Max: máximo; P25: percentil 25; P75: percentil 75.

Os resultados obtidos mediante as análises de correlação entre os domínios da QV encontram-se na tabela 4. De maneira geral foi encontrada correlação positiva e significativa entre todos os domínios do SF-36. Pode-se observar que os domínios aspecto físico e aspecto emocional ($r=0,617$; $p<0,01$) e vitalidade e aspecto social ($r=0,608$; $p<0,01$) apresentam maior correlação. A correlação mais fraca, porém, significativa, foi entre capacidade funcional e saúde mental ($r=0,286$; $p<0,01$) (Tabela 3). No presente estudo, não foi encontrada correlação significativa entre os domínios e os indicadores antropométricos ou idade (Tabela 4). Além disso, não houve associação entre a QV e os fatores de risco avaliados.

Tabela 3. Análise de correlação de Spearman entre os domínios do SF-36 dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de uma Estratégia de Saúde da Família, em Alfenas, MG, 2015.

	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Aspectos Emocionais	Aspectos Sociais	Dor	Vitalidade	Saúde Mental	Saúde Geral
Capacidade Funcional		0,550*	0,402*	0,396*	0,516*	0,593*	0,286*	0,443*
Aspectos Físicos			0,617*	0,501*	0,456*	0,548*	0,340*	0,432*
Aspectos Emocionais				0,524*	0,386*	0,536*	0,480*	0,391*
Aspectos Sociais					0,489*	0,608*	0,568*	0,387*
Dor						0,590*	0,318*	0,334*
Vitalidade							0,546*	0,541*
Saúde Mental								0,391*
Saúde Geral								

*p<0,01 entre os domínios

Tabela 4. Análise de correlação de Spearman entre os domínios do SF-36, indicadores antropométricos e idade dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de uma Estratégia de Saúde da Família, em Alfenas, MG, 2015.

Domínios	IMC	CC	Idade
Aspectos Físicos	-0,066	- 0,046	-0,034
	p = 0, 433	p = 0,581	p=0,688
Aspectos Sociais	-0,037	0,005	-0,014
	p = 0,658	p= 0,953	p=0,865
Aspectos Emocionais	0,039	0,032	-0,135
	p = 0,639	p = 0,703	p=0,106
Capacidade Funcional	0,041	0,027	0,066
	p = 0,628	p = 0,747	p=0,432
Dor	0,144	0,134	-0,032
	p = 0,085	p = 0, 109	p=0,707
Saúde Geral	0,087	0,123	-0,006
	p = 0,298	p = 0,144	p=0,939
Vitalidade	-0,028	-0,005	0,029
	p = 0,735	p = 0,955	p=0,731
Saúde Mental	-0,128	-0,122	-0,067
	p = 0,125	p = 0,146	p=0,427

IMC- índice de massa corporal; CC- circunferência da cintura

DISCUSSÃO

Neste estudo, os maiores escores da QV, em indivíduos com HA e/ou DM em ordem decrescente, foram para os domínios aspecto emocional, aspecto social, capacidade funcional, aspecto físico, estado geral de saúde, dor e vitalidade. Acredita-se que indivíduos portadores de HA e/ou DM podem ter sua QV diminuída uma vez que sofrem pela cronicidade da doença, tendo de aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, a qual exige mudanças nos hábitos de vida e adaptação de sua rotina^{5,6,7}.

Nas avaliações de QV realizadas em indivíduos com doenças crônicas observam-se que há um maior número de mulheres do que homens, dados que corroboram com o presente estudo^{11,12,4}.

Chama-se atenção a média de idade de 50,5 ($\pm 7,68$) anos encontrada, ou seja, adultos, economicamente ativos e que já foram acometidos por doenças crônicas, as quais vão perdurar por toda vida, exigindo, dessa forma, um controle rigoroso quanto aos possíveis fatores de risco que estão expostos. Por sua vez, esses fatores também podem contribuir para o aparecimento de complicações das doenças e levar a diminuição da percepção da QV ao longo dos anos⁹.

Alguns autores^{11,12} relatam uma melhor QV em doentes crônicos com menor idade comparada aos de maior idade, visto que, em decorrência das alterações fisiológicas, do processo de envelhecimento podem surgir agravos a saúde tornando o indivíduo mais vulnerável a complicações e afetando sua QV.

No presente estudo a maior parte dos entrevistados tinha ensino fundamental incompleto, apesar disso não encontramos associação entre essa variável e os domínios da QV. Estudo publicado em 2013 mostra que níveis inferiores há 12 anos de estudo podem comprometer principalmente os domínios estado geral de saúde, aspecto emocional e saúde mental⁹. Outros autores observaram também que a baixa escolaridade foi inversamente associada à presença de HA¹³. Desse modo, o grau de escolaridade é objeto de investigação para os estudos com QV.

O sedentarismo, tabagismo e etilismo destacam-se como fatores passíveis de mudança, porém, ainda, são vistos como um desafio, a fim de contribuir para uma melhor QV¹⁴. Nesta pesquisa, mais da metade da população diagnosticada com uma ou ambas as doenças crônicas não realizava atividade física. Ademais, havia uma parcela considerável de tabagistas e etilistas, embora, não se associaram com a QV. Uma pior QV já foi identificada em diferentes domínios para esse grupo de fatores de risco⁹. Em contrapartida, a atividade física foi associada a uma maior pontuação nos domínios aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental do SF-36⁶.

Dentre os inúmeros fatores que afetam a QV, o excesso de peso tem sido frequentemente associado a sua diminuição, engloba-se aqui uma piora em diferentes domínios da QV envolvendo desde a saúde mental até a função física¹⁵. Os resultados encontrados evidenciaram que a maior parte dos indivíduos com HA e/ou DM foram classificados na faixa de sobrepeso e obesidade, segundo IMC. Ainda, de acordo com a CC, tanto os homens quanto as mulheres

apresentavam risco muito aumentado para o aparecimento de doença cardiovascular.

Quando analisado o estado nutricional dos indivíduos que relataram uma percepção do estado geral de saúde negativa, constatou-se que a maioria apresentava com excesso de peso. Resultados semelhantes a esses foram encontrados na literatura destacando que indivíduos obesos apresentaram pior QV⁹. Dessa forma, acredita-se, que o estado nutricional é um dos principais fatores que afetam negativamente a QV, havendo necessidade da realização de novos estudos para confirmar tais achados.

Como supracitado o conjunto de informações obtidas pelos valores entre os diversos domínios dos SF-36 indica comprometimento da QV dos portadores de HA e DM. Os domínios com menores pontuações médias foram vitalidade, estado geral de saúde e dor. Outro estudo conduzido também em Minas Gerais⁹ verificou que entre as comorbidades autorreferidas do total de 648 indivíduos avaliados, a presença de HA associou-se a uma pior QV em seis das oito dimensões do SF-36, dentre elas vitalidade e estado geral de saúde. Da mesma forma, os indivíduos portadores de DM relataram uma pior QV na dimensão estado geral de saúde⁹.

Um recente metanálise⁶ reforça que indivíduos portadores de HA e DM apresentaram pior QV, e nesse estudo a HA, foi associada a menor capacidade física. Portanto, enfatizamos que a presença de doenças crônicas não só afetam a saúde, mas também a QV dos indivíduos.

No que se refere aos domínios com melhores pontuações destacam-se o aspecto emocional e aspecto social. Demonstrando que os aspectos relações sociais são os que contribuíram mais positivamente à QV dos entrevistados. Alguns autores^{12,16} também encontraram maiores escores (apesar de distantes de 100) de QV nesses domínios, tal fato pode ser explicado pelo interesse ao autocuidado, integração da pessoa em atividades sociais e lúdicas, presença de companheiro e classe econômica.

Ao analisar os domínios do SF-36 com os indicadores antropométricos e idade não se observou uma correlação significativa. Por outro lado, a associação entre o estado nutricional e QV já foi descrita em outros estudos^{9,17}.

Dessa forma, acredita-se que o tamanho da amostra foi uma das limitações deste estudo, não contribuindo para detectar essa associação. Um dos requisitos recomendados pelas diretrizes para a padronização da pontuação do SF-36 seria o número de participantes próximo a 800 indivíduos¹⁸. Todavia, destaca-se a relevância deste estudo, por ter avaliado indivíduos portadores por uma ou ambas as doenças crônicas (HA e/ou DM), uma vez que a maior parte dos estudos realizados trazem essas de forma isolada ou fazem pontuações médias entre grupos caso-controle^{11,12,16}.

É importante também enfatizar que a percepção da QV pode ser influenciada por fatores culturais e socioeconômicos como infraestrutura, logística e serviços públicos, investimento em educação, geração de empregos, acesso a serviços de saúde, além das relações familiares e amorosas, lazer, espiritualidade, estado de saúde, ou seja,

múltiplos fatores que podem proporcionar uma melhor QV^{8,9}.

Assim, a medida da QV pode contribuir para a tomada de decisão em relação à intervenção, concepção, gestão e alocação de recursos em saúde. É possível também melhorar a percepção da QV com medidas de intervenções populacionais e individuais, como práticas corporais, controle dos níveis glicêmico e pressóricos, orientações para aspectos nutricionais, cessação do tabagismo e etilismo⁹. Neste contexto, a ESF deve direcionar suas ações de educação popular em saúde em busca da promoção da QV por meio de um novo processo de trabalho em saúde, mobilizando redes sociais, envolvendo setores governamentais, não governamentais e sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que há uma baixa QV em indivíduos com HA e/ou DM, adultos e economicamente ativos. A presença dessas doenças crônicas concomitantes ao excesso de peso, talvez possa resultar em uma limitação nas atividades diárias individuais.

Embora tais doenças pudessem ser controladas por meio de um tratamento medicamentoso, sabe-se que muitos desses indivíduos portadores não o fazem de forma correta ou o fazem, mas não alteram seu estilo de vida. Assim, esse tipo de comportamento pode ser prejudicial à vida, pois eleva os riscos de aparecimento de complicações, uma vez que a característica assintomática de tais patologias faz com que muitos não se preocupem com seu estado de saúde. No que diz respeito as limitações deste estudo, sabe-se que o delineamento transversal não permite elucidar a relação de causa-efeito dos resultados, apenas correlações.

Apesar disso, este trabalho pode servir para o desenvolvimento de outras pesquisas sobre o tema, os autores também esperam que os achados do presente estudo possam orientar a adoção de políticas públicas intersetoriais com o envolvimento de equipes multidisciplinares e para subsidiar a proposição de medidas voltadas à melhoria da QV da população.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

2. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no

3. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

4. Siboni SF, Alimoradi Z, Atashi V, Alipour M, Khatooni M. Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors. *Int J Prev Med.* 2019;10:65.

5. Borges JES, Camelier AA, Oliveira LVF, Brandão GS. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos da comunidade: um estudo observacional. *Rev. Pesqui. Fisioter.* 2019;9(1):74-84.

6. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X et al. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):189.

7. Parik PC, Patel VJ. Health-related Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at A Tertiary Care Hospital in India Using EQ 5D 5L. *Indian J Endocrinol Metab.* 2019;23(4):407-411.

8. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social. Science and Medicine.* 1995 nov;41(10):1403-09.

9. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF et al . Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva [Internet].* 2013;18(3): 873-882.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

11. Tonetto IFA, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Quality of life of people with diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03424.

12. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(9): 1.174 - 1.182.

13. Marques AP, Szwarcwald CL, Pires DC, Rodrigues JM, Almeida WS, Romero D. Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. 2020; 25(6): 2271-2282.

14. Frota, SS, Guedes MVC, Lopes LV. Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes diabéticos Revista Rene. 2015;16(5):639-48.

15. Pimenta FAP, Alves RL, Oliveira FLP, Nascimento Neto RM, Coelho GLLM, Freitas SN. Qualidade de vida e excesso de peso em trabalhadores em turnos alternantes. Rev. bras. saúde ocup. 2019; 44: e2.

16. Braz MM, Santos SBA, Pivetta HMF. Qualidade de vida em diabéticos e hipertensos: estudo de casos em abordagem fisioterapêutica. Cinergis. 2014;15(1):24-29.

17. Herrerias C, Davanço T, Hatano GM, Machado JF, Fornari LS, Carvalho W. Correlação entre composição corporal, prática de atividade física e qualidade de vida segundo Questionário SF-36 de funcionários de uma instituição de ensino em Jundiaí/SP. Nutrição Brasil. 2017;16(2):87-93.

18. Gandek B, Ware JE. Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach. J Clin Epidemiol. 1998; 51(11):953-959.