

Original

Qualidade e estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial associada ou não ao diabetes

*Quality and lifestyle of people with hypertension associated or not with diabetes**Calidad y estilo de vida de personas con hipertensión arterial asociada o no a diabetes*

**Gabriela Ribeiro Moreira
de Carvalho¹**

ORCID: 0009-0003-7166-7873

**Sabrinna Granja Brito
Damasceno¹**

ORCID: 0009-0003-6746-482X

**Maria Sarah Teresa Lima
Verde Moura²**

ORCID: 0009-0005-2743-1374

**Ionara Holanda Moura
Nunes³**

ORCID: 0000-0003-4866-6381

**Fátima Regina Nunes de
Sousa¹**

ORCID: 0000-0002-9875-3718

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e os aspectos da qualidade de vida (QV) de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), bem como avaliar a associação entre estilo de vida e QV em usuários de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) em Picos-PI. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, de abordagem quantitativa do tipo transversal analítico. A amostra foi composta por 45 pacientes divididos em dois grupos (HAS; HAS+DM). O instrumento utilizado foi o questionário Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Perfil dos pacientes é adulto, sexo feminino, pardo, aposentado e com baixo nível de escolaridade. Observou-se uma redução da QV nos domínios de dor (HAS) e de dor, vitalidade e capacidade funcional (HAS+DM). Na associação dos hábitos de vida com QV observou-se uma redução no domínio de saúde mental com o tabagismo e o sedentarismo ($p<0,05$) (HAS) e um aumento da QV nos domínios: aspectos sociais, emocionais, físicos, vitalidade e capacidade funcional com a prática de exercícios físicos ($p<0,05$) (HAS + DM). **Conclusão:** Conclui-se que é essencial entender o perfil dos pacientes assistidos hipertensos e diabéticos na ESF e verificar como seu estilo de vida interfere no protocolo de tratamento e na qualidade de vida.

Descritores: Qualidade de Vida; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

O que se sabe?

Sabe-se que doenças crônicas de modo geral comprometem a qualidade de vida dos indivíduos. Em específico, a HAS e DM, que são bastante prevalentes nas populações adulta e idosa, têm seu controle diretamente afetado pela autoavaliação de saúde.

O que o estudo adiciona?

Para os hipertensos, apenas, houve redução da qualidade de vida pela dor e associada ao tabagismo no que diz respeito à saúde mental. A combinação de HAS e DM afetou a qualidade de vida dos participantes do estudo no que tange a dor, vitalidade e capacidade funcional. Na contramão, para os indivíduos praticantes de atividade física, houve aumento da qualidade de vida relacionada a aspectos sociais, emocionais, físicos, vitalidade e capacidade funcional. Dessa maneira, é possível verificar que qualidade de vida dos sujeitos com essas morbidades tende a ser reduzida pelas doenças, acentuada pelo tabagismo, mas ampliada através da prática de atividade física.

¹Universidade Federal do Piauí.
Picos, Piauí, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí.
Teresina, Piauí, Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de
Picos, Picos, Piauí, Brasil.

Autor correspondente:
Fátima Regina Nunes de Sousa
E-mail: fatimaregina.cd@ufpi.edu.br



Como citar este artigo: Carvalho GRM, Damasceno SGB, Moura MSTLV, Nunes JHM, Sousa FRN. Qualidade e estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial associada ou não ao diabetes. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2025 [citedo em: dia mês abreviado ano];14:e5933. DOI: 10.26694/reufpi.v14i1.5933

Abstract

Objective: To describe the sociodemographic and clinical profile and aspects of quality of life (QoL) of people with Systemic Arterial Hypertension (SAH) and/or Diabetes Mellitus (DM), as well as assessing the association between lifestyle and QoL in users of a Family Health Strategy (FHS) in Picos-PI. **Methods:** This is an observational, quantitative, analytical cross-sectional study. The sample consisted of 45 patients divided into two groups (SAH, and SAH+MD). The instrument used was the Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Results:** The profile of the patients consisted of adult, female, brown, retired, and with a low level of education. There was a reduction in QoL in the domains of pain (SAH), and pain, vitality, and functional capacity (SAH+DM). When life habits were associated with QoL, there was a reduction in the mental health domain with smoking and a sedentary lifestyle ($p<0.05$) (SAH) and an increase in QoL in the following domains: social, emotional, physical, vitality and functional capacity with physical exercise ($p<0.05$) (SAH + DM). **Conclusion:** It is essential to understand the profile of hypertensive and diabetic patients in the FHS and to see how their lifestyle interferes with the treatment protocol and quality of life.

Descriptors: Hypertension; Life Quality; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

Resumén

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y clínico y aspectos de calidad de vida (CdV) de personas con Hipertensión Arterial Sistémica (HSA) y/o Diabetes Mellitus (DM), así como evaluar la asociación entre estilo de vida y CdV en usuarios de una Estrategia Familiar de Salud (EFS) en Picos-PI. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional con un enfoque analítico cuantitativo transversal. La muestra consistió en 45 pacientes divididos en dos grupos (HSA; HSA+DM). El instrumento utilizado fue el Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** El perfil de los pacientes era adulto, mujer, morena, jubilada y con bajo nivel de estudios. Se observó una reducción de la CdV en los dominios de dolor (HSA) y dolor, vitalidad y capacidad funcional (HSA+DM). Cuando se asociaron los hábitos de vida con la CdV, se observó una reducción en el dominio de salud mental con el tabaquismo y el sedentarismo ($p<0,05$) (HAS) y un aumento de la CdV en los dominios: social, emocional, físico, vitalidad y capacidad funcional con el ejercicio físico ($p<0,05$) (HAS + DM). **Conclusión:** Concluimos que es fundamental conocer el perfil del paciente hipertenso y diabético en el SAH y ver cómo su estilo de vida interfiere en el protocolo de tratamiento y en su calidad de vida.

Descriptores: Calidad de Vida; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, o Brasil tem vivenciado profundas transformações demográficas, epidemiológicas e nutricionais, que resultaram em um aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). ⁽¹⁾ Dentre elas, destacam-se a hipertensão arterial ⁽²⁾ e o diabetes mellitus ⁽³⁾, condições que afetam amplamente a população adulta e idosa, sendo responsáveis por altas taxas de morbimortalidade e elevados custos ao sistema de saúde.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) ocupa papel central na identificação, acompanhamento e cuidado contínuo de pessoas com essas condições crônicas. ⁽⁴⁾ O modelo da ESF permite uma abordagem integral e multiprofissional, que vai além do controle clínico, incorporando aspectos psicossociais e o incentivo ao autocuidado. Para isso, conhecer os fatores que influenciam a qualidade de vida desses usuários é fundamental para o planejamento de intervenções mais eficazes. ⁽⁵⁾

A qualidade de vida (QV) tem sido reconhecida como um importante indicador de avaliação do estado de saúde e do impacto das doenças crônicas sobre o cotidiano dos indivíduos. Neste estudo, adotamos o conceito de QV definido por Ware e Sherbourne, criadores do instrumento SF-36: "percepção do indivíduo de seu estado de saúde em diferentes domínios: físico, mental e social, ao longo do tempo". ⁽⁶⁾

Apesar da ampla literatura sobre HAS e DM, ainda são escassos os estudos que abordam a associação entre qualidade de vida, hábitos de vida (como tabagismo, etilismo e prática de atividade física) e o cuidado oferecido no âmbito da ESF, especialmente em contextos regionais do interior do Brasil. ⁽⁷⁾

Este estudo pretende descrever o perfil sociodemográfico, clínico e os aspectos da qualidade de vida (QV) de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), bem como avaliar a associação entre estilo de vida e QV em usuários de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) em Picos-PI.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de abordagem quantitativa do tipo transversal analítico, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer n.º 4.595.527. A pesquisa foi conduzida entre maio e junho de 2021, no contexto da pandemia de COVID-19, com todos os cuidados sanitários recomendados.

O estudo foi conduzido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Picos, Piauí (PI), no âmbito da rede municipal de atenção primária. Nesse cenário, as ações voltadas ao atendimento de

pacientes hipertensos e diabéticos são desenvolvidas de forma contínua para indivíduos cadastrados na unidade. O fluxo de atendimento inicia-se com a consulta médica, na qual é definido o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com ou sem diabetes mellitus (DM). Após a avaliação médica, com emissão de prescrição personalizada, o paciente participa de acompanhamento mensal realizado pela equipe de enfermagem da UBS. Durante essas consultas, são abordados temas como alimentação saudável, uso correto dos medicamentos e incentivo à prática regular de atividades físicas.

A população do estudo é composta por usuários cadastrados no Sistema Eletrônico de Saúde (eSUS) da UBS selecionada para participar desse estudo no ano de 2021. A unidade selecionada apresenta 344 pacientes com HAS e 105 pacientes com DM. A amostra do tipo por conveniência foi então composta por pacientes com diagnóstico de HAS (N= 25 pacientes) e HAS + DM (N=20 pacientes).

Foram utilizados como critérios de inclusão: indivíduos elegíveis cadastrados no sistema e-SUS da UBS do município de Picos-PI, com idade ≥ 18 anos, aptos à comunicação verbal e sob acompanhamento para tratamento anti-hipertensivo ou antidiabético. Também foram incluídos aqueles que aceitavam receber visitas domiciliares da equipe da UBS. Ficaram excluídos pacientes em seguimento temporário ou em trânsito, originários de outras regiões por motivo de viagem, trabalho, passeio, entre outros, e aqueles com diagnóstico de transtorno mental, por apresentar potencial interferência no processo de acompanhamento.

A coleta foi realizada durante as visitas domiciliares pelos pesquisadores responsáveis devidamente treinados para coleta de dados com instrumentos desta pesquisa, assim como sobre as considerações éticas com pesquisa em seres humanos.

Os questionários foram aplicados em domicílio, obedecendo às regras de biossegurança, adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): como distanciamento social, utilização de equipamentos de proteção individual (máscara descartável, toucas, luvas, óculos de proteção), álcool em gel, filmes de PVC para isolar material específico para cada paciente, como canetas utilizadas para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e suporte de acrílico. A coleta de dados foi realizada em ambiente aberto, com ventilação e luz natural, evitando ambientes fechados, onde o próprio pesquisador realizou a leitura e fez o preenchimento completo do questionário.

Como aspectos sociodemográficos estão inclusas as variáveis: idade, sexo, anos de estudo, estado civil, cor e renda. Já como aspectos clínicos inclui-se a prática de atividade física, tabagismo e uso de bebida alcoólica. Foi utilizado um questionário socioeconômico e clínico, abordando os seguintes aspectos:

Parte I – Dados Demográficos e Socioeconômicos

Coleta informações sobre faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade, tipo de moradia (própria, cedida por amigos/parentes, asilo ou outra) e com quem reside (sozinho, parentes, amigos, cônjuge). Registra ainda a renda familiar em salários-mínimos e a ocupação profissional.

Parte II – Hábitos de Vida

Investiga aspectos como tabagismo, consumo de álcool, prática de atividade física e observância de dieta recomendada conforme terapia vigente.

Parte III – Dados de Saúde

Reúne informações sobre o diagnóstico principal, doenças crônicas associadas, histórico de internações relacionadas à patologia, tempo desde o diagnóstico e o regime de tratamento medicamentoso.

O instrumento *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* (SF-36) foi aplicado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes. Este questionário contém 36 itens distribuídos entre oito domínios: funcionamento físico (10 itens), limitações por aspectos físicos (4), dor (2), percepção geral de saúde (5), vitalidade (4), funcionamento social (2), limitações por aspectos emocionais (3) e saúde mental (5). Cada uma dessas escalas é pontuada de 0 a 100, sendo 0 o pior estado de saúde possível e 100 o melhor⁽⁶⁾.

Os escores de cada domínio do SF-36 foram calculados conforme o manual do instrumento e transformados em uma escala de 0 a 100, na qual escores mais altos indicam melhor qualidade de vida. Os escores são obtidos por meio da soma dos valores dos itens correspondentes a cada domínio, seguidos de padronização conforme fórmulas específicas.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, além de riscos e de benefícios do estudo. Nos riscos, pode haver o constrangimento durante a entrevista do questionário, no caso de constrangimento pelo participante, a pesquisa seria suspensa imediatamente. Além disso, o estudo pôde

apresentar risco devido à COVID-19, por meio da presença física do pesquisador na visita domiciliar neste período de pandemia. Para minimizar os riscos, as pesquisadoras utilizaram todos os protocolos preconizados pela OMS.

Como benefícios, buscou-se compreender melhor a condição de saúde dos pacientes, além de promover modificações em seus hábitos de vida visando melhorar o controle das condições crônicas e, consequentemente, minimizar os riscos em relação às complicações, muitas vezes ocasionadas pelo não tratamento realizado. Após a leitura do TCLE feita pelo pesquisador, entendimento e assinatura do termo, os instrumentos de dados foram coletados.

Para análise descritiva, foram utilizadas algumas variáveis numéricas como: a prática de atividade física, o tabagismo e o alcoolismo, calculando-se médias e desvio padrão. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para determinar se a amostra segue uma distribuição normal, com resultado $p>0,05$ nas variáveis aplicadas; sendo assim, utilizaram-se testes paramétricos na estatística inferencial.

Em seguida, foi realizada a comparação de médias (Teste t de Student para atividade física e teste de ANOVA para tabagismo e alcoolismo) entre as variáveis dos grupos de pessoas com HAS e HAS +DM e tendo como parâmetro $p < 0,05$ para significância estatística.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 45 pessoas, dessas, 25 tinham hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 20 tinham hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* (HAS + DM). Na tabela 1 encontra-se o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo (n=45)

Variáveis	HAS [n (%)]	HAS + DM [n (%)]
Idade		
35 – 55	4 (16,0)	1 (5,0)
56 – 75	18 (72,0)	13 (65,0)
76 – 95	3 (12,0)	6 (30,0)
Sexo		
Feminino	16 (64,0)	15 (75,0)
Masculino	9 (36,0)	5 (25,0)
Anos de Estudo		
Nenhum	9 (36,0)	7 (35,0)
1-4 anos	13 (52,0)	8 (40,0)
5-8 anos	3 (12,0)	3 (15,0)
> 9 anos	0 (0,0)	2 (10,0)
Estado Civil		
Solteiro	2 (8,0)	8 (40,0)
Casado/União estável	15 (60,0)	8 (40,0)
Divorciado	2 (8,0)	1 (5,0)
Viúvo	6 (24,0)	3 (15,0)
Cor		
Branco	5 (20,0)	8 (40,0)
Preto	3 (12,0)	2 (10,0)
Pardo	17 (68,0)	10 (50,0)
Renda familiar		
Participa	18 (72,0)	17 (85,0)
Não participa	7 (28,0)	3 (15,0)

Ocupação			
Trabalho ativo	6 (24,0)	4 (20,0)	
Aposentado	12 (48,0)	13 (65,0)	
Do lar	7 (28,0)	3 (15,0)	
Prática de atividade física			
Sim	14 (56,0)	3 (15,0)	
Não	11 (44,0)	17 (85,0)	
Tabagismo			
Sim	5 (20,0)	5 (25,0)	
Não	4 (16,0)	4 (20,0)	
Ex-fumante	16 (64,0)	11 (55,0)	
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	6 (24,0)	4 (20,0)	
Não	6 (24,0)	7 (35,0)	
Ex- etilista	13 (52,0)	9 (45,0)	
Presença de outras doenças crônicas			
Sim	14 (56,0)	7 (35,0)	
Não	11 (44,0)	13 (65,0)	

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

A faixa etária prevalente da amostra foi de 56 a 75 anos nos dois grupos avaliados (HAS e HAS + DM), sendo maior a prevalência de mulheres, pardas e com baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo). Observou-se também uma predominância de perfil dos pacientes ex-fumantes e ex- etilista em ambos os grupos analisados e a não prática de exercícios físicos maior no grupo hipertensos-diabéticos.

Tabela 2. Avaliação dos domínios do instrumento SF-36 relacionados à qualidade de vida dos participantes com HAS

Domínios do SF-36 (itens)	HAS Média (DP)	HAS Mediana
Saúde mental (5)	73,4 (26,2)	80,0
Aspectos sociais (2)	77,0 (28,3)	87,5
Dor (2)	52,7 (33,9)	61,0
Vitalidade (4)	68,0 (27,1)	75,0
Capacidade funcional (10)	60,8 (29,8)	65,0
Estado geral de saúde (2)	66,6 (26,1)	72,0
Aspectos emocionais (3)	62,7 (45,5)	100,0
Aspectos físicos (4)	72,0 (39,1)	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey; DP: Desvio padrão; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na avaliação da qualidade de vida obtiveram-se os escores médios padronizados para cada domínio do SF-36, onde os valores variaram de 52,7 a 77,0, caracterizando o maior e o menor o impacto negativo da hipertensão arterial sistêmica na qualidade de vida (Tabela 2). Apenas um domínio apresentou um valor de escore mediano abaixo de 60 (Dor), demonstrando assim um maior comprometimento nesse componente.

Tabela 3. Avaliação dos domínios do instrumento SF-36 relacionados à qualidade de vida dos participantes com HAS+ DM

Domínios do SF-36 (itens)	HAS + DM Média (DP)	HAS + DM Mediana
Saúde mental (5)	70,8 (27,1)	74,0
Aspectos sociais (2)	65,0 (35,5)	75,0
Dor (2)	57,4 (28,3)	61,0
Vitalidade (4)	48,3 (26,2)	47,5
Capacidade funcional (10)	52,0 (34,3)	65,0
Estado geral de saúde (2)	60,8 (28,6)	64,5
Aspectos emocionais (3)	70,0 (44,6)	100,0
Aspectos físicos (4)	66,3 (46,1)	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

SF-36: Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey; DP: Desvio padrão; DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

A tabela 3 também apresenta a média e mediana dos 8 domínios do grupo de hipertensos-diabéticos, onde a média variou de 48,3 a 70,8. Neste grupo, dois domínios se destacaram no escore médio entre 50 a 60 (Capacidade funcional e Dor) e apenas um domínio apresentou valor de escore mediano abaixo de 50 (Vitalidade), o que corresponde a menos da metade do valor máximo que é de 100, demonstrando assim um maior comprometimento nesse componente.

Já nas tabelas 4 e 5 buscou-se verificar associação entre tabagismo, alcoolismo e atividade física com grupos de HAS (tabela 4) e HAS+DM (tabela 5) e domínios do SF-36.

Tabela 4. Associação do tabagismo, alcoolismo e atividades físicas com os domínios do SF-36 dos participantes com HAS

Domínios do SF-36 -- HAS	Tabagismo*			p	Consumo de bebidas alcoólicas*			p	Atividade física**		
	Sim	Não	Já fumou		Sim	Não	Já bebeu		Sim	Não	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		M (DP)	M (DP)	M (DP)		M (DP)	M (DP)	
Saúde mental	48,0 (29,7)	77,0 (16,1)	80,5 (23,3)	0,044	60,7 (36,2)	74,7 (21,9)	78,8 (26,2)	0,389	84,0 (13,9)	60,0 (32,3)	0,039
Aspectos sociais	77,5 (31,1)	84,4 (23,1)	75,0 (29,7)	0,850	77,1 (27,9)	72,9 (25,5)	78,8 (31,6)	0,921	79,5 (28,8)	73,9 (28,7)	0,634
Dor	53,4 (30,3)	36,5 (26,3)	56,5 (37,0)	0,592	59,5 (24,5)	41,2 (37,3)	54,8 (37,1)	0,629	55,3 (35,8)	49,4 (32,7)	0,674
Vitalidade	75,0 (29,2)	56,3 (21,0)	68,8 (28,4)	0,597	75,8 (26,3)	68,3 (30,1)	64,2 (27,4)	0,704	76,4 (25,3)	59,5 (30,0)	0,171
Capacidade funcional	71,0 (23,0)	51,3 (45,9)	60,0 (28,2)	0,666	68,3 (18,1)	51,7 (46,2)	61,5 (26,0)	0,639	65,7 (33,5)	54,5 (36,8)	0,393
Estado geral de saúde	60,6 (24,7)	54,8 (31,3)	61,4 (25,6)	0,458	68,3 (20,4)	60,8 (27,7)	68,5 (27,5)	0,836	65,8 (27,3)	67,6 (25,6)	0,864
Aspectos emocionais	73,3 (43,5)	66,7 (54,9)	58,8 (49,3)	0,412	77,8 (40,4)	72,2 (44,3)	51,3 (48,3)	0,436	66,7 (47,1)	57,6 (40,9)	0,630

Aspectos físicos	85,0 (33,5)	62,5 (31,5)	71,2 (43,3)	0,372	83,3 (30,3)	62,5 (39,3)	71,2 (39,3)	0,668	67,9 (36,7)	54,5 (36,8)	0,561
------------------	----------------	----------------	----------------	-------	----------------	----------------	----------------	-------	----------------	----------------	-------

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey; M: Média; DP: Desvio padrão; * Teste de ANOVA; ** Teste T de Student.

A relação entre os hábitos de vida dos participantes (tabagismo, alcoolismo e prática de exercícios físicos) com HAS e as medidas de qualidade de vida relacionada à saúde demonstrou associação estatisticamente significante do domínio de Saúde Mental ($p < 0,05$) com uma pior avaliação deste componente do SF-36 nos pacientes que fumam e que não praticam atividades físicas (Tabela 4).

Tabela 5. Associação do tabagismo, alcoolismo e atividades físicas com os domínios do SF-36 dos participantes com HAS + DM

Domínios do SF-36 - HAS + DM	Tabagismo*				Consumo de bebidas alcoólicas*				Atividade física**			
	Sim		Não fumou		Sim		Não bebeu		Sim		Não	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	p	M (DP)	M (DP)	M (DP)	p	M (DP)	M (DP)	M (DP)	p
Saúde mental	73,6 (19,9)	49,0 (17,1)	77,5 (30,1)	0,197	65,0 (24,3)	84,6 (22,7)	62,7 (29,7)	0,258	82,7 (23,4)	68,7 (27,8)	0,426	
Aspectos sociais	70,0 (32,6)	71,9 (31,3)	60,2 (30,4)	0,816	90,6 (32,6)	76,8 (31,0)	44,4 (44,4)	0,043	87,5 (12,5)	61,0 (12,5)	0,044	
Dor	55,8 (35,6)	58,8 (14,9)	57,6 (26,5)	0,988	54,8 (28,4)	61,4 (21,3)	53,3 (34,6)	0,755	55,3 (15,3)	57,8 (30,4)	0,895	
Vitalidade	58,0 (30,3)	35,0 (18,7)	48,6 (26,7)	0,446	43,6 (44,3)	57,1 (23,4)	43,3 (32,5)	0,562	71,7 (24,7)	44,1 (24,8)	0,093	
Capacidade funcional	78,0 (21,7)	55,0 (42,0)	39,1 (41,3)	0,102	51,3 (37,0)	61,4 (35,4)	43,3 (35,4)	0,592	90,0 (17,3)	45,3 (32,2)	0,017	
Estado geral de saúde	60,6 (31,3)	52,3 (14,4)	63,9 (32,5)	0,801	55,1 (36,1)	66,4 (25,0)	46,0 (25,0)	0,061	52,0 (39,7)	62,3 (27,5)	0,579	
Aspectos emocionais	66,7 (47,1)	75,0 (50,0)	69,7 (45,8)	0,955	66,7 (50,7)	85,7 (35,0)	47,1 (46,0)	0,134	100,0 (0,0)	64,7 (46,4)	0,006	
Aspectos físicos	85,0 (22,4)	100,0 (0,0)	45,5 (52,2)	0,065	100,0 (0,0)	71,4 (48,8)	58,3 (46,8)	0,798	100,0 (0,0)	60,3 (47,6)	0,017	

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey; M: Média; DP: Desvio padrão; * Teste de ANOVA; ** Teste T de Student.

Entre os pacientes hipertensos e diabéticos que praticam atividade física houve uma melhor avaliação da qualidade de vida em relação aos que não praticavam, com relação estatisticamente significante entre os aspectos sociais, capacidade funcional, aspectos emocionais e aspectos físicos ($p < 0,05$). (Tabela 5)

DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus figuram entre as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, exercendo grande impacto sobre a longevidade da população⁽⁷⁾. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária, organizada majoritariamente por meio da

Estratégia Saúde da Família (ESF), opera como principal ponto de entrada para o sistema de saúde. Além disso, desempenha papel essencial no atendimento contínuo e integral a indivíduos com DCNT, incluindo hipertensão e diabetes⁽⁵⁾. A atenção básica é campo primaz para prevenção, diagnóstico e tratamento, onde a ESF tem contribuído significativamente para redução das iniquidades na atenção.⁽⁸⁾ Evidências mostram que a taxa de detecção de hipertensão e diabetes é alta por aqueles que procuram a Unidade Básica de Saúde, no entanto, observa-se a necessidade de aprimorar as estratégias de detecção daqueles que não utilizam o serviço.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), compreender o perfil sociodemográfico e clínico da população adscrita é essencial para o planejamento de ações que favoreçam a adesão ao tratamento de condições como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Essa compreensão fortalece o controle e a prevenção de complicações associadas a essas doenças. Neste estudo, além da caracterização desse perfil, foi realizada uma análise da qualidade de vida dos participantes sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

A maioria dos pacientes deste estudo era de adultos de meia-idade e idosos (56-75 anos). A idade mais avançada nesses pacientes corrobora com que tanto HAS como a DM têm um histórico natural de associação a fatores de risco com o decorrer da vida. Outro aspecto a ser observado é a prevalência de mulheres nos dois grupos. Uma possível justificativa para essa diferença de diagnóstico entre mulheres e homens é a maior tendência feminina ao autocuidado e a percepção da mulher aos sinais e sintomas físicos, além da maior procura por assistência médica nos serviços de saúde.⁽⁹⁾ Enquanto os homens, devido à não periodicidade de exames e falta de cuidados com a própria saúde, demoram mais tempo a receber o diagnóstico da(s) doença(s).⁽¹⁰⁾

Em relação à prevalência de pacientes hipertensos e hipertensos-diabéticos na faixa com menor tempo de estudo pode estar relacionado diretamente a um dos principais problemas para a não realização do tratamento de forma adequada, que é o déficit de conhecimento sobre a doença.⁽¹¹⁾ Portanto, a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença é essencial para alcançar resultados satisfatórios no tratamento. Iniciativas de educação em saúde, como palestras, materiais educativos e ações comunitárias, têm se mostrado eficazes na promoção de hábitos de vida saudáveis e no controle de doenças crônicas não transmissíveis.⁽¹²⁾ Apesar da maior parte dos participantes do estudo serem aposentados(as), essas pessoas participamativamente na contribuição da renda familiar. Assim, um ponto importante a ser considerado é o acompanhamento pela ESF, pois pode interferir na adesão do tratamento farmacológico, caso não seja fornecido pela unidade básica de saúde.

A adoção de hábitos de vida mais saudáveis é imprescindível no manejo de doenças crônicas como hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM), pois favorece o controle dos níveis de pressão arterial e glicemia, promovendo melhores desfechos clínicos.⁽¹³⁾ O sedentarismo tem papel agravante em múltiplas condições, especialmente nas doenças cardiovasculares, elevando tanto a morbidade quanto a mortalidade.⁽¹⁴⁾ A maioria dos pacientes desse estudo não praticava atividades físicas, além de se declararem como, em sua maioria, fumantes e/ou consumistas de bebidas alcoólicas ao longo da vida. Ao observar esta gravidade em relação ao estilo de vida, esses hábitos foram avaliados com os domínios de qualidade de vida do SF-36.

Avaliar a qualidade de vida (QV) é essencial, pois esse indicador permite compreender não apenas o estado clínico do paciente, mas também os impactos físicos, psicológicos e sociais causados pelas doenças. Além disso, contribui para um entendimento mais abrangente da experiência do paciente e de sua adaptação à condição crônica.⁽¹⁵⁾

Ao analisar a QV dos pacientes com HAS percebeu-se que o domínio com maior pontuação foi o de Aspectos Sociais, demonstrando que esse componente apresenta melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Já o domínio da Dor apresentou um valor de escore médio entre 50 e 60, demonstrando assim um maior comprometimento nesse componente. Esse dado demonstra a associação entre a idade avançada dos pacientes, a presença de outros problemas crônicos, além de hábitos de vida não favoráveis à condição da maioria dos pacientes.

Ao avaliar os pacientes hipertensos e diabéticos, observa-se uma redução da qualidade de vida nos domínios da Vitalidade, sendo responsável por representar a energia, disposição e cansaço dos participantes; da Capacidade Funcional que representa a habilidade de realizar tarefas diárias e a Dor, no qual avalia o quanto esse paciente sente incômodo na realização de tarefas. Em geral, pode-se verificar interferência na disposição, principalmente quando associada à fadiga, idade e tempo de instalação da doença do paciente que apresenta mais de uma doença crônica.

Na análise dos hábitos de vida dos participantes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), observou-se pior qualidade de vida no domínio de saúde mental entre aqueles que eram sedentários e apresentavam histórico de tabagismo. Embora esses achados revelem uma conexão relevante, a relação entre pressão arterial e aspectos emocionais, como estresse e ansiedade, ainda é pouco explorada na literatura. Estudos⁽¹⁶⁾ destacam que estados emocionais intensos, como estresse e ansiedade, estão vinculados ao surgimento e agravamento das doenças cardiovasculares. Do ponto de vista neurobiológico, essas emoções ativam o sistema nervoso simpático, desencadeando a resposta de “luta ou fuga”, que eleva a frequência cardíaca, a liberação de adrenalina e cortisol e, consequentemente, a pressão arterial. Pesquisas mostram que essa ativação simpática acaba por provocar vasoconstricção, aumento da resistência periférica e remodelamento vascular, processos que favorecem o desenvolvimento e a manutenção da hipertensão. Além disso, evidências sugerem que existem formas de hipertensão nas quais a hiperatividade simpática é predominante, enquanto em outras, essa participação pode ser menor ou independente.⁽¹⁷⁾ Assim, novos dados sugerem a importância de uma equipe multiprofissional para acompanhar estes pacientes. Além dos aspectos assistenciais e nutricionais, faz-se necessário a implementação de acompanhamento psicológico e com profissional de educação física, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida.⁽¹⁸⁾

A prática de atividade física teve uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos nos domínios de Aspectos Sociais, o que possibilitou o contato com outras pessoas, além do aumento da Capacidade Funcional nas tarefas diárias associadas, principalmente, às tarefas domésticas nas mulheres, além de contribuir com os Aspectos Físicos e Emocionais.

A prática regular das mais variadas atividades físicas aliada à mudança de hábitos e a incorporação de práticas de autocuidado é fundamental para o manejo adequado da doença e minimização das complicações, já que o tratamento isolado por si só não representa um bom controle pressórico e glicêmico. Para tanto, faz-se necessária a associação da medicação prescrita, dieta adequada, prática de exercícios físicos e acompanhamento de uma equipe multiprofissional qualificada.

Este estudo apresenta como limitações a realização durante o período da pandemia de COVID-19 e a amostragem por conveniência, o que pode ter influenciado as respostas dos participantes, e a avaliação restrita a uma única equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em uma amostra reduzida. Como desdobramento, estão previstas novas pesquisas com outras equipes do município de Picos, visando ampliar o conhecimento sobre a população local e subsidiar o planejamento de estratégias de cuidado mais abrangentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Apesar dessas limitações, os achados específicos da ESF em Picos-PI são relevantes para a compreensão das necessidades da população assistida. Os resultados podem orientar profissionais de saúde e gestores na implementação de intervenções personalizadas, além de contribuir para ações educativas voltadas ao fortalecimento de terapias não farmacológicas, promovendo melhor qualidade de vida e adesão contínua ao tratamento entre usuários com hipertensão e diabetes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) representam importantes desafios para a saúde pública, especialmente no contexto da Atenção Primária. Os dados do presente estudo evidenciam que fatores como a autopercepção dos pacientes e seu estilo de vida influenciam diretamente na adesão ao tratamento e na qualidade de vida, reforçando a importância de abordagens integrais no cuidado. Assim, compreender a vivência dos usuários e considerar aspectos psicosociais e comportamentais são estratégias essenciais para o planejamento de intervenções mais eficazes e humanizadas no acompanhamento de pessoas com HAS e DM.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Sousa FRN, Carvalho GRM. Coleta de dados: Carvalho GRM, Damasceno SGB. Análise e interpretação dos dados: Carvalho GRMC, Sousa FRN, Nunes IHM. Redação do artigo ou revisão crítica: Carvalho GRM, Moura MSTLV, Sousa FRN. Aprovação final da versão a ser publicada: Sousa FRN.

REFERÊNCIAS

1. Muniz GCMS, Arcanjo FPN, Silva MAM, Melo ES, Sousa AJC, Muniz CFF, et al. Hipertensão e diabetes na estratégia saúde da família: uma reflexão sobre a ótica dos determinantes sociais da saúde. *Brazilian J Dev.* 2022 May;8(5):34172-84.
2. Fonsêca CR, Souza AC, Costa AB, et al. Avaliação do controle da pressão arterial em hipertensos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande-PB. 2014.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2016. 348 p.
4. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate.* 2023; Abril-Junho; 47 (137):13-30.
5. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018; Setembro, 42: 18-37.
6. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473-83.
7. Queiroz MO et al. Qualidade de vida e implicações à saúde de hipertensos e diabéticos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2023; 23(8):1-12.
8. De Carvalho JEO, De Andrade RV. A importância do enfermeiro na atenção básica no cuidar do paciente diabético. *Rev Ibero-Americana Humanit Sci Educ.* 2024;10(5):4608-4624.
9. Werneck FZ, Coelho EF, Almas SP, Garcia MMN, Bonfante HLM, Lima JRP, et al. Exercise training improves quality of life in women with subclinical hypothyroidism: a randomized clinical trial. *Arch Endocrinol Metab.* 2018 Oct 1;62(5):530-6.
10. Travassos JAD, Mendes FS. Saúde do homem: dificuldade de adesão aos cuidados primários em saúde. *Rev. Eletr. Evid & Enferm.* 2022;8(1):1-16
11. Radigonda B, Souza RKT, Cordoni Junior L. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. *Saude Debate.* 2015 Jun;39(105):423-31.
12. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Stopa SR, Barros MBA, Malta DC. Healthy lifestyle and recommendations in health care among hypertensive and diabetic patients in Brazil, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:e210017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210017.supl.2>.
13. Zhang Y, Yang Y, Huang Q, Zhang Q, Li M, Wu Y. The effectiveness of lifestyle interventions for diabetes remission in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2023 Feb;20(1):64-78. doi: 10.1111/wvn.12608. Epub 2022 Dec 8. PMID: 36480153.
14. Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary Behavior, Exercise, and Cardiovascular Health. *Circ Res.* 2019 Mar;124(5):799-815. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.312669. PMID: 30817262.
15. Magnabosco P, Nogueira MS. Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com hipertensão arterial. *REME-Rev Min Enferm.* 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50549>.

16. Zhang JP, Pozuelo L, Brennan DM, Hoar B, Hoogwerf BJ. Association of SF-36 with coronary artery disease risk factors and mortality: a PreCIS study. *Prev Cardiol*. 2010 Summer;13(3):122-9. doi: 10.1111/j.1751-7141.2009.00061.x. PMID: 20626667.
17. Lucena, MSR et al. A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*. 2021 (26): e46083.
18. Pereira JR, Gomes MC, Arrais DJL, Ramos AMPC, Aben-Athar CYUP, Sousa FJD. Avaliação da qualidade de vida de idosos diabéticos durante a pandemia do novo coronavírus. *Enferm Foco*. 2022 Dec 23;13:-. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/avaliacao-da-qualidade-de-vida-de-idosos-diabeticos-durante-a-pandemia-do-novo-coronavirus/>.

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2024/07/12
Revisão: 2025/06/06
Aceite: 2025/07/12
Publicação: 2025/10/09

Editor Chefe ou Científico: Jose Wictor Pereira Borges
Editor Associado: Andressa Oliveira

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.