



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

KAIRA CARLA DE OLIVEIRA PORTILHO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES *MELLITUS* TIPO 2  
CADASTRADAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
RIO BRANCO, ACRE**

Rio Branco, Acre

2023

KAIRA CARLA DE OLIVEIRA PORTILHO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES *MELLITUS* TIPO 2  
CADASTRADAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
RIO BRANCO, ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Thatiana Lameira Maciel Amaral

Coorientadora: Profa. Dra. Gina Torres Rego Monteiro

Rio Branco, Acre

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

---

P852q Portilho, Kaira Carla de Oliveira, 1998 -

Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial e/ou Diabetes *Mellitus* tipo 2 cadastradas em estratégias de saúde da família de Rio Branco, Acre / Kaira Carla de Oliveira Portilho; orientadora: Profa. Dra. Thatiana Lameira Maciel Amaral, coorientadora: Profa. Dra. Gina Torres Rego Monteiro. – 2024.

135 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio Branco, 2024.

Inclui referências bibliográficas, apêndice e anexos.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde da família. 3. Diabetes Mellitus. I. Amaral, Thatiana Lameira Maciel (orientadora). II. Monteiro, Gina Torres Rego (coorientadora). III. Título.

CDD: 362

*“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:  
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e  
depois desinquieta. O que ela quer da gente é  
coragem.”*

João Guimarães Rosa

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar comigo em todos os momentos do embrulhar da vida, pelas bênçãos recebidas e pela intercessão de Maria e por ser exemplo de fé.

Ao meu pai Carlos, por comemorar cada vitória e me ver crescer, por dedicar a mim seu amor e principalmente por acreditar no meu potencial e me mostrar que estudar é uma forma de vencer. À minha mãe Seleste, por ser modelo de força e coragem, pelo amor e palavras sinceras de incentivo e carinho.

A meus familiares, irmãos Yan, Caiam, Arthur, irmã Daniela, madrinha Eduvirgens, padrinho Manoel Silveira, tia Rosângela, madrastra Almerinda e prima Amanda, por todo o amor e estímulo recebidos. Em especial, ao meu namorado Alan, por me incentivar desde o ensino médio, acolher meu choro e comemorar comigo todas as vitórias, inclusive aquelas bem pequenas, o noivado vem por aí.

Aos amigos feitos no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que compartilharam as alegrias e angústias durante esse breve período. Aos amigos que, mesmo na minha ausência física, torcem por mim e se alegram comigo. Obrigada pela amizade sincera.

À minha orientadora, Prof. Dra. Thatiana Amaral, que por vezes tornou essa jornada mais leve, que me acolheu e me conduziu, pelas manhãs que compartilhamos, pelo café e por toda a compreensão, amizade e sabedoria.

À Prof. Dra. Gina Torres, pelas diversas contribuições durante essa trajetória. Sua sabedoria e palavras marcantes são fontes de inspiração, e espero carregar esses ensinamentos comigo.

Às professoras doutoras Andréa Ramos e Arlinda Moreno, pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação e redirecionamento deste trabalho. À banca examinadora, pela gentil contribuição.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que, de alguma forma, enriqueceram meu conhecimento e experiências. À secretária Sara, por sempre ser solícita às minhas dúvidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por possibilitar financeiramente minha dedicação à pós-graduação.

A todos que colaboraram de forma direta ou indireta na realização desta pesquisa.

## RESUMO

**Introdução:** Ao longo das décadas, o conceito de qualidade de vida (QV) vem sendo discutido por diversas áreas do conhecimento, e a presença das doenças crônicas, como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), influi na qualidade de vida. Simultaneamente, essas condições também sofrem influência pela qualidade de vida. Portanto, torna-se crucial investigar essa interação, especialmente em municípios brasileiros. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e os fatores associados em pessoas com HAS e/ou DM cadastradas nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Rio Branco, Acre. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado com a utilização dos dados do Estudo das Doenças Crônicas sob a ótica da Qualidade em Saúde (Edoc-Quali). Os campos de estudo foram as 30 unidades de ESF situadas na região urbana de Rio Branco. Foram incluídos todos os usuários do Edoc-Quali com 18 anos e mais com HAS e/ou DM dessas unidades. A coleta de dados ocorreu de maio a julho de 2019, e participaram da pesquisa 324 pessoas com DM, e 672 com HAS. A variável dependente qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento SF-36, e as variáveis independentes foram as sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa, e as contínuas, por medidas de tendência central. A regressão logística ordinal hierarquizada, modelos de chances proporcionais, foi utilizada para analisar as associações dos componentes da QVRS em escores ordinais (tercil 1= menor QVRS; tercil 2 = intermediária QVRS; e tercil 3 = maior QVRS) com as variáveis independentes. O nível de significância foi 95%, e em todas as análises consideraram-se os pesos amostrais. **Resultados:** Os achados apontaram que a menor QVRS em pessoas com HAS e/ou DM está fortemente associada ao sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, dislipidemia, sensação de estresse, ansiedade, insônia e depressão, bem como presença de comorbidades. Entre aqueles com HAS, houve ainda associação com hábito de adicionar sal na comida, tabagismo, internação por pressão arterial elevada, menor número de medicações e comorbidades cardiovasculares, respiratórias e diabetes. Para as pessoas com DM, a menor QVRS esteve associada também à polifarmácia e à presença de comorbidades respiratórias e geniturinárias. **Conclusão:** A qualidade de vida de pessoas com HAS e/ou DM mostrou-se comprometida por vários fatores, como condições socioeconômicas, hábitos de vida e presença de comorbidades. Devido aos inúmeros aspectos que influenciam esses resultados a ESF enfrenta o desafio de estabelecer um sistema para um cuidado integral e eficaz, visando a promover hábitos saudáveis e aprimorar o autocuidado. Destaca-se que é fundamental o conhecimento dos componentes mais afetados da QVRS para um planejamento mais eficaz de ações de promoção e prevenção de complicações em indivíduos com HAS e DM.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida relacionada à saúde. Diabetes *mellitus*. Hipertensão arterial sistêmica. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Introduction:** Over the decades, the concept of quality of life (QoL) has been discussed by various fields of knowledge, and the presence of chronic diseases such as diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH) influences the quality of life. Simultaneously, these conditions are also influenced by the quality of life. Therefore, investigating this interaction becomes crucial, especially in Brazilian municipalities. **Objective:** To analyze the health-related quality of life (HRQoL) and associated factors in people with SAH and/or DM registered in the units of Family Health Strategies (FHS) in urban area of Rio Branco, Acre. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional study, carried out using data from the Study of Chronic Diseases from the Perspective of Health Quality (Edoc-Quali). The study fields are the 30 Family Health Strategy (FHS) units located in the urban region of Rio Branco. All Edoc-quali users aged 18 and over with SAH and/or DM from the ESF units were included in the study. Data collection took place from May to July 2019, and 324 people with DM and 672 with SAH participated in the research. The dependent variable quality of life was assessed using the SF-36 instrument, and the independent variables were sociodemographic, health conditions and lifestyle habits. Categorical variables were described using absolute and relative frequencies and continuous variables using measures of central tendency. The ordinal hierarchical logistic regression, proportional odds models, were employed to analyze the associations of health-related quality of life (HRQoL) components in ordinal scores (tertile 1 = lower HRQoL; tertile 2 = intermediate HRQoL; and tertile 3 = higher HRQoL) with independent variables. The significance level was 95% and in all analyzes the sampling weights were considered. **Results:** The findings indicate that lower HRQoL in people with SAH and/or DM is strongly associated with female gender, education up to elementary school II, dyslipidemia, feelings of stress, anxiety, insomnia and depression, as well as the presence of comorbidities. Among those with hypertension, there was also an association with the habit of adding salt to food, smoking, hospitalization for high blood pressure, fewer medications and cardiovascular, respiratory and diabetes comorbidities. For people with DM, polypharmacy and the presence of respiratory and genitourinary comorbidities were also associated. **Conclusion:** Due to the numerous factors influencing these outcomes, FHS faces the challenge of establishing a comprehensive and effective care system, aiming to promote healthy habits and enhance self-care. It is crucial to understand the most affected components of HRQoL for a more effective planning of promotion and prevention actions for complications in individuals with SAH and DM.

**Keywords:** Health-related quality of life. Diabetes mellitus. Systemic arterial hypertension. Family Health Strategy.

## LISTA DE FIGURAS

### REFERENCIAL

#### TEÓRICO

- Figura 1** Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)..... 39

#### ARTIGO 1

- Figura 1** *Box plot* dos componentes da qualidade de vida segundo *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) dos indivíduos com HAS cadastrados nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 50

#### ARTIGO 2

- Figura 1** *Box plot* dos componentes da qualidade de vida segundo *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) dos indivíduos com DM cadastrados nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 72



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.....	26
<b>Quadro 2</b>	Estudos sobre os escores dos domínios da QV e fatores associados na população geral entre 2018 e 2021.....	34
<b>Quadro 3</b>	Publicações que abordam os escores e fatores associados à qualidade de vida e seus componentes em pessoas com HAS e DM entre 2018 e 2020....	35

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

- Tabela 1** Distribuição dos tercís do componente “estado geral de saúde” segundo as variáveis independentes em pessoas com HAS cadastradas nas unidades da ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 51
- Tabela 2** Distribuição dos tercís do componente “estado geral de saúde” segundo as variáveis independentes em pessoas com HAS cadastradas nas unidades da ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 52
- Tabela 3** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com HAS cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 54
- Tabela 4** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com HAS cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 57

### ARTIGO 2

- Tabela 1** Distribuição do primeiro tercil dos componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde segundo as variáveis independentes de pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 73
- Tabela 2** Distribuição do primeiro tercil dos componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde segundo as variáveis independentes em pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 77
- Tabela 3** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com HAS cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 81
- Tabela 4** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019..... 84

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DSS	Determinantes sociais da saúde
Edoc-Quali	Estudo das Doenças Crônicas sob a Ótica da Qualidade em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPA	Efeito do Plano Amostral
eMulti	Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HbA1c	Hemoglobina glicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
MOS	<i>The medical outcomes study</i>
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SF-36	<i>Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form Health Survey</i>

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1	ASPECTOS CONCEITUAIS DA QUALIDADE DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	14
2.2	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	16
2.3	QUALIDADE DE VIDA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES <i>MELLITUS</i> (DM).....	19
2.4	PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.....	22
2.5	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	25
2.6	DIABETES <i>MELLITUS</i> (DM).....	28
2.7	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM HAS E/OU DM.....	30
2.8	MODELO TEÓRICO.....	38
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>42</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	42
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
6.1	ARTIGO 1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO, ACRE.....	44
6.2	ARTIGO 2. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO, ACRE.....	67
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>105</b>
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	105
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	130
	ANEXO C – APROVAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	132

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida (QV) tem sido abordado em diversas áreas através da história, como sociologia, economia, política, psicologia e saúde. Cada uma atribui significados distintos, relacionados a valores e conhecimentos individuais ou coletivos que variam em diferentes épocas, locais e contextos sociais (Minayo; Hartz; Buss, 2000). Ao longo das décadas, os conceitos mais aceitos abrangem os aspectos subjetivos e os multidimensionais; porém, por tratar-se de um termo pessoal e com várias dimensões, é difícil considerá-lo de forma única para todos (Souto, 2020).

As condições de saúde influenciam a QV, ao mesmo tempo que ela também é afetada por essas condições, tornando crucial sua investigação, especialmente em municípios brasileiros, devido às rápidas transições epidemiológicas e demográficas. Há um processo crescente de envelhecimento da população e um aumento nas incidências de óbitos decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas (Vasconcelos; Gomes, 2012).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT foram responsáveis por 71% das 57 milhões de mortes ocorridas globalmente em 2016 (WHO, 2018). A QV é um aspecto importante a ser considerado no cuidado dessa população, pois pode afetar a adesão terapêutica e a capacidade do indivíduo em lidar com a doença. Dentre as DCNT mais prevalentes na população adulta e idosa, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) como corresponsáveis pelas principais causas de mortalidade e hospitalizações no Brasil, com consequente repercussão sobre a QV (Malta *et al.*, 2015).

De acordo com números da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), as prevalências de DM e HAS no Brasil foram de 6,2% e 21,4%, respectivamente (Szwarcwald *et al.*, 2015). A PNS indicou que em 2019 as prevalências de DM e HAS autorreferidas no país alcançaram 7,7% e 23,9%, respectivamente (Malta *et al.*, 2022a; Malta *et al.*, 2022b). Em Rio Branco, Acre, dados da Vigitel Brasil 2020 revelaram que 20,3% dos adultos (> 18 anos) referiram diagnóstico médico de HAS, dos quais 23% no sexo feminino e 17,2% no masculino (Brasil, 2021a).

Alguns estudos mostram a associação das DCNT com alguns fatores de risco devido a efeitos negativos em resposta ao processo de globalização, como urbanização rápida, tabagismo, consumo abusivo de álcool, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de alimentos saudáveis (como frutas e verduras), obesidade e sedentarismo (Szwarcwald *et al.*, 2015). Os efeitos negativos do DM e da HAS na QV dessa população reforçam a importância da detecção precoce, tratamento, prevenção e controle dessas doenças (Précoma *et al.*, 2019).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA QUALIDADE DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A crescente investigação sobre qualidade de vida (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) busca termos e definições que vão muito além de um sinônimo para boa saúde. Está relacionada a um movimento dentro das ciências humanas e da saúde que procura parâmetros mais amplos de controle de sintomas, diminuição da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

É importante, no primeiro momento, distinguir ambos os conceitos. Em relação à QV, apesar da existência de algumas definições, não existe uma que seja universalmente aceita pelas áreas do conhecimento. No entanto, é consenso que ela não deve incluir apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos significativos da vida das pessoas, como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano, sempre atentando para a subjetividade sobre a QV do investigado (Gill; Feinstein, 1994; Oliveira *et al.*, 2012).

A expressão *qualidade de vida* começou a se popularizar no ano de 1960 a partir de uma crescente preocupação com a industrialização e suas consequências sobre o meio ambiente e as condições de vida urbana. Surgiu, então, a necessidade de medir e quantificar essa realidade por meio de dados objetivos, com indicadores socioestatísticos que apresentassem dados e fatos relacionados ao bem-estar social de uma população (Gómez-Vela; Sabeh, 2000).

Nesse mesmo ano, o termo começou a ser difundido pelos políticos norte-americanos, expressando uma ótica de sucesso administrativo. Dessa forma, em 1964, o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, proferiu um discurso no qual tratava os objetivos das pessoas em ter uma “boa vida” ou “vida de melhor qualidade”, assegurando a elas condições sociais para perseguir a felicidade (Day; Jankey, 1996). Diante disso, nas pesquisas sobre QV, em um primeiro momento, foram utilizados indicadores econômicos e sociais objetivos, posteriormente incluíram elementos subjetivos do próprio indivíduo (Gómez-Vela; Sabeh, 2000).

Ante o processo de desenvolvimento e aprimoramento dos indicadores sociais e o aumento das desigualdades sociais, entre meados dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, ocorreu a diferenciação entre indicadores sociais e qualidade de vida, visto que essa última expressão começou a ser definida como um conceito integrador que abrange todas as áreas da

vida (caráter multidimensional) e engloba tanto as condições objetivas quanto as subjetivas (Gómez-Vela; Sabeh, 2000).

A partir de 1990, distinguiram-se dois aspectos importantes para a conceituação da QV: subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade depende da percepção de cada pessoa sobre o seu estado de saúde ou sobre aspectos não médicos do seu contexto de vida (Seidl; Zannon, 2004). Já a multidimensionalidade é formada por diferentes dimensões da vida – na sociologia, inclui situação econômica, estilo de vida, saúde, moradia, satisfação pessoal, ambiente social e outros (Seidl; Zannon, 2004; Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

Como representação social, a QV deve incluir os aspectos subjetivos e de incorporação cultural, assim como os valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade. No entanto, existem elementos objetivos, que dizem respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, como alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, que são passíveis de mensuração e comparação (Minayo; Hartz; Buss, 2000). Dada a complexidade da situação, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

Em uma tentativa de análise da QV de forma mais ampla, fugindo-se principalmente do reducionismo biomédico, ela pode ser vista como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

É válido ressaltar que existem duas tendências quanto à conceituação de *qualidade de vida*: uma, mais genérica, e outra, ligada à saúde. QV apresenta uma aceção mais ampla sem fazer referência a disfunções ou agravos, foi adotada pela OMS em seu estudo multicêntrico que tinha como objetivo criar um instrumento que fosse passível de avaliar a QV sob uma perspectiva internacional e transcultural (Seidl; Zannon, 2004). O termo *qualidade de vida relacionada à saúde* (QVRS) considera aspectos mais diretamente associados às enfermidades e estado de saúde. No entanto, existem discordâncias quanto ao uso de medidas específicas, uma vez que, por um lado, há contribuições que identificam as características de determinado problema de saúde, e, por outro, a abordagem se limita apenas aos sintomas e disfunções, sem levar em conta uma visão mais ampla dos aspectos não médicos envolvidos (Seidl; Zannon, 2004).



O conceito de QVRS é estabelecido como um valor atribuído à vida, considerando-se as deteriorações funcionais causadas pela doença, assim como as percepções e condições sociais que surgem em decorrência dos agravos e tratamentos, além da organização política e econômica do sistema de saúde (Auquier; Simeoni; Mendizabal, 1997).

A QVRS representa o valor atribuído à vida, levando-se em conta as limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades que são afetadas pela doença, tratamentos e outros agravos. É um conceito que trata da percepção do indivíduo sobre sua própria vida, tendo-se em mente as restrições que a doença impõe ao seu viver (Giachello, 1996).

## 2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Historicamente, um dos primeiros e mais difundidos instrumentos para avaliação da QV foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), cujo objetivo era mensurar aspectos sociais e culturais, como renda, saúde e educação de determinada população. Criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1990, contempla três elementos fundamentais do desenvolvimento humano: expectativa de vida, nível educacional e renda *per capita* (Minayo; Hartz; Buss, 2000; Dalberto *et al.*, 2015). A partir dele, iniciou-se o debate sobre aspectos econômicos e sociais, direcionando a atenção para a qualidade de vida e as condições essenciais da sociedade. Isso representou uma mudança em relação às antigas mensurações, que enfatizavam a dimensão econômica do indivíduo em detrimento dos aspectos sociais (Dalberto *et al.*, 2015).

O IDH se fundamenta na ideia de capacidades, ou seja, numa leitura ampliada do conceito de desenvolvimento humano, tudo aquilo que uma pessoa tem habilidade e aptidão para realizar ou fazer. Nesse sentido, assume um significado mais abrangente, pois perpassa não somente pelo crescimento econômico, mas também pelo potencial dos indivíduos nos processos valorosos da sociedade, por meio da expectativa de vida ao nascer, índice de alfabetização, matrículas nas escolas, PIB *per capita*. No entanto, esse índice não conta com a autopercepção do respondente para a avaliação da QV (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Conforme o *Relatório de Desenvolvimento Humano 2021/2022*, em 2021 o IDH do Brasil foi de 0,754, e o país ocupava a 87ª posição no ranking entre 191 nações. Esse dado revela uma queda referente aos anos anteriores, porém o documento aponta que houve impactos devastadores nos dois últimos anos em todo o planeta, não só pela pandemia de Covid-19, mas também por transformações sociais e econômicas em todo o mundo (PNUD, 2022).

Nos estudos quantitativos, é possível identificar a construção de instrumentos de caráter multidimensional do constructo qualidade de vida, os quais, por sua vez, buscam sua validade por meio da análise da estrutura fatorial e testes de confiabilidade, além de testes de validade de critério, discriminante e de constructo (Seidl; Zannon, 2004). Os instrumentos mais comuns para avaliação da QV são os questionários, que podem ser autoaplicados, ou formulários aplicados por um entrevistador, e variam de acordo com a abordagem e os objetivos do estudo.

Em relação ao campo de aplicação, as mensurações podem ser classificadas em genéricas, que utilizam questionários de base populacional, sem especificação de patologias, sendo mais adequados para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (Minayo; Hartz; Buss, 2000). Esses instrumentos podem ser aplicados tanto em indivíduos que apresentam alguma patologia quanto nos saudáveis.

As escalas genéricas de avaliação de QV são multidimensionais e subjetivas e foram desenvolvidas para avaliar aspectos gerais de saúde, como também a percepção geral da QV (Seidl; Zannon, 2004). Citam-se como exemplos os instrumentos globais de avaliação que não estão relacionados à saúde, como o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, desenvolvidos pela OMS (The WHOQOL Group, 1995).

O instrumento de avaliação de QV da OMS (WHOQOL-100), atualmente disponível em 70 idiomas diferentes, consiste em cem perguntas referentes a seis domínios, e as características psicométricas foram estabelecidas por meio de uma amostra com 8.294 participantes distribuídos em 19 centros (The WHOQOL Group, 1995). Porém, houve a necessidade de um instrumento mais curto, com menor tempo de aplicação e que preservasse características psicométricas satisfatórias; por isso, elaborou-se uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (Fleck, 2000).

Dentro da categoria dos instrumentos genéricos, existem aqueles relacionados à saúde. Eles avaliam os aspectos da QV afetados pelas condições de saúde, doença ou tratamento em populações gerais ou específicas, podendo analisar diversos domínios que são aplicáveis a diferentes estados de saúde (Silqueira, 2005). Cita-se como exemplo o *Nottingham Health Profile*, desenvolvido para a avaliação da QV em pacientes portadores de doenças crônicas, e o *Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* (Ciconelli *et al.*, 1999; Teixeira-Salmela *et al.*, 2004).

Os instrumentos genéricos para avaliação da QV têm aplicações amplas que vão além da prática clínica individual, como efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde; eles também podem ser importantes guias para a formulação de políticas de saúde (Fleck,

2000). Entretanto, não são capazes de identificar as dimensões específicas do estado de saúde, tais como sintomas, nos quais o paciente possa ter obtido uma melhora ou piora.

Os instrumentos específicos, geralmente, também são multidimensionais e avaliam a percepção geral da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto estudado (Aguiar *et al.*, 2008). Estão vinculados à qualidade de vida diária das pessoas, à vivência de doenças e a complicações ou procedimentos médicos. Têm-se como exemplo as doenças crônicas, como câncer, diabetes, coronariana e outras (Minayo; Hartz; Buss, 2000). A impossibilidade de extrapolar para diferentes doenças é uma limitação no uso desse tipo de instrumento, dificultando a comparação entre elas. Alguns exemplos de instrumentos específicos para avaliação da QV validados no Brasil, são: *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form*, que analisa doença renal crônica terminal, aplicável em pacientes que realizam algum programa dialítico; e o *Quality of Life Questionnaire–Lung Cancer*, voltado a pacientes com câncer de pulmão (Duarte *et al.*, 2003; Marinho *et al.*, 2019).

O SF-36, já citado, é classificado como um instrumento do tipo genérico de avaliação de QVRS, ou seja, investiga percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde geral e é multidimensional; é utilizado para examinar diversos componentes aplicáveis aos diferentes tipos de populações ou de indivíduos com a mesma doença vivendo em distintos contextos sociais e culturais (Ciconelli *et al.*, 1999; Lopes; Ciconelli; Reis, 2007). Desenvolvido originalmente em língua inglesa por Ware e Sherbourne, ele foi traduzido, adaptado culturalmente e validado no Brasil. Foi criado com o propósito de ser um questionário genérico para avaliação da saúde, de fácil aplicação e compreensão, sem ser tão extenso como alguns anteriores (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli *et al.*, 1999).

O SF-36 foi oriundo de um questionário composto por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22 mil pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde, *The Medical Outcomes Study* (MOS) (Ware; Sherbourne, 1992). Inicialmente, com o objetivo de criar um instrumento abrangente, mas não excessivamente longo, foi elaborado com 18 itens, que analisava capacidade física, limitações decorrentes da doença, saúde mental e percepção da saúde. Mais tarde, adicionaram-se dois itens para avaliar a dor e os aspectos sociais, resultando no *Short-Form 20*, sendo analisadas suas medidas psicométricas (Ware; Sherbourne, 1992). Para a criação do SF-36, os autores relataram que a maior dificuldade foi na seleção das oito dimensões de saúde entre mais de 40 conceitos e escalas examinadas pelos estudos de avaliação de saúde, visto que vários foram seriamente considerados, porém não escolhidos, como função sexual e adequação do sono (Ware *et al.*, 1993).

O atual SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens e com oito componentes: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos positivos da saúde (bem-estar) quanto negativos (dor e enfermidade) (Ware; Sherbourne, 1992). O instrumento também pode ser analisado em dois componentes: físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde); e mental (vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental) (Ferreira, 2000).

Para obter os resultados, é utilizada a seguinte fórmula para calcular cada componente (Ciconelli *et al.*, 1999):

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior X 100

Variação do índice (Score Range)

Para avaliação dos resultados, obtém-se uma pontuação para cada questão, e posteriormente é transformada numa escala (escore) de 0 a 100, em que zero corresponde ao menor escore de QVRS, e 100, ao maior escore de QVRS.

É importante destacar que não existe um único valor ou escore que resuma toda a avaliação, traduzindo-se em um estado geral de saúde maior ou menor escore, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificarem os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los (Ware *et al.*, 1993; Ware *et al.*, 1995).

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES *MELLITUS* (DM)

Desde o início do século XIX têm sido documentadas mudanças nos padrões de morbimortalidade e aumento na expectativa de vida da população global. Tais modificações decorrem das alterações nas taxas de fertilidade e mortalidade que podem ser vistas na transição epidemiológica, demonstrando o deslocamento das doenças infectoparasitárias para as crônico-degenerativas (Santosa *et al.*, 2014). Concomitantemente a isso, observa-se na população mundial maior expectativa de vida ao nascer, com um aumento de 47 anos, no período 1950-1955, para cerca de 72 anos, entre 2015-2020 (Martins *et al.*, 2021).

O conceito de saúde apresenta uma relação bidirecional com QV, ainda que implicitamente, pois saúde não pode ser considerada apenas como ausência da doença. De acordo com a OMS, saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1948), remetendo a uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica, visto que a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida.

Assim, a QV, descrita por muitos autores como um conceito amplo relacionado à expectativa de vida e ao bem-estar, se associa às condições de morbimortalidade da população. Essas condições podem interferir na vida cotidiana e no âmbito psicossocial, trazendo uma mudança, geralmente repentina, na QV e nos hábitos diários do indivíduo (Souto, 2020). A autopercepção da pessoa sobre sua saúde faz parte da avaliação da QV. Nesse sentido, um estudo transversal conduzido com 123 idosos na cidade de Katowice, Polônia, com uso do SF-36, teve como finalidade examinar a autoavaliação de saúde e sua relação com a aptidão física. Os resultados mostraram que os respondentes apresentaram um bom nível de autoavaliação de saúde. Entretanto, a avaliação da presença de doenças crônicas, típicas da velhice, foi um fator que prejudicou os componentes físico e mental da QV de acordo com a autoavaliação de saúde (Knapik *et al.*, 2019).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 apontaram que, no Brasil, havia 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais; destas, 66,1% autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, percentual similar ao referido em 2013 (66,2%); somente 28,1% a avaliaram como regular, e 5,8% como ruim ou muito ruim. Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária, menor o percentual de pessoas que avaliavam sua saúde como boa ou muito boa: 80,7%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, e 41,1%, para as pessoas de 75 anos ou mais (IBGE, 2020). De acordo com essa pesquisa, 8,1% (16,9 milhões) das pessoas residentes em domicílios particulares permanentes deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas semanas anteriores à data da entrevista, sendo as maiores proporções nas regiões Nordeste e Sudeste, com 8,7% e 8,0%, respectivamente (IBGE, 2020).

Em um estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Rio Branco, Acre, com indivíduos de 18 a 59 anos, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 12,1%. As maiores prevalências foram naqueles entre 40 a 59 anos e com relato anterior ou atual de tabagismo. Em relação às comorbidades, a maior prevalência de avaliação negativa foi identificada em obesos (22,6%), hipertensos (22,9%), que autorreferiram insônia (23,4%) ou depressão (29,8%), com problemas cardíacos ou portadores da síndrome metabólica (23,8%) e em uso de medicação (24,4%) (Usnayo *et al.*, 2021).

Ao se verificarem as condições de morbimortalidade nas Américas, identifica-se uma desigualdade entre os países, uma vez que em algumas regiões mantêm-se agravos que foram solucionados em outros locais (determinadas doenças infecto parasitárias e condições ligadas à infraestrutura urbana) e em outras nota-se o crescimento de DCNT e causas externas (Buss *et al.*, 2020).

É possível notar no Brasil uma disparidade socioeconômica e de acesso a bens e serviços essenciais como saúde, educação, saneamento básico e moradia. Por conta disso, a transição epidemiológica acaba sendo distinta em cada região do país, em função das disparidades no nível de desenvolvimento regional e social (Borges, 2017). Vale ressaltar que três dessas características são medidas por meio de índices objetivos de qualidade de vida, como o IDH. Diante disso, características sociodemográficas e econômicas, tais como educação, ocupação, renda, gênero e cor da pele, têm importante correlação com a prevalência de DCNT e seus fatores de risco (WHO, 2014).

No Brasil, pressupõe-se que a queda de produtividade no trabalho e, por consequência, a diminuição da renda familiar devido às três principais DCNT (diabetes, doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico) levaram a uma perda na economia do país de aproximadamente US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (Malta *et al.*, 2015). De acordo com dados da Vigitel 2020, a morbidade autorreferida pela população, no conjunto de 27 cidades, com diagnóstico médico de HAS foi de 25,2%, sendo um pouco maior em mulheres (26,2%) do que em homens (24,1%). O DM autorreferido foi de 8,2%, também maior nas mulheres (9%) do que nos homens (7,3%) (Brasil, 2021a).

Estudo transversal realizado com 125 pessoas com HAS no município de Sobral, Ceará, utilizando o instrumento SF-36, revelou que elas tiveram uma autopercepção de saúde com escore de 54,5. Essa pontuação sugere que esses pacientes avaliaram sua saúde como nem excelente nem muito ruim, o que pode indicar que têm consciência da sua condição (Rodrigues *et al.*, 2019).

Em outra pesquisa transversal que envolveu 350 participantes com DM atendidos na Estratégia Saúde da Família de um município de médio porte do Rio Grande do Sul, foi utilizado o instrumento WHOQOL-Bref com escala Likert, dividida em cinco classes de igual tamanho: saúde muito ruim (0-20); ruim (21-40); nem ruim nem boa (41-60); boa (61-80); muito boa (81-100). Os resultados mostraram que a avaliação geral dos participantes se manteve com o escore médio de 67,6, o que significa que a saúde foi considerada boa. Em relação aos domínios de saúde, o menor escore (59,9) foi apontado no domínio físico, sendo caracterizado como nem ruim nem bom e o maior escore no ambiental, com 70,8 (Moreschi *et al.*, 2018b).

A DM é considerada um problema de saúde pública devido a diversos fatores, entre os quais o significativo comprometimento da QV em virtude das complicações decorrentes dessa DCNT (Araújo *et al.*, 2016). Nesse sentido, é de suma importância o desenvolvimento de estratégias de suporte e apoio na rede de atenção básica com vistas à melhoria e à ampliação do cuidado ofertado aos pacientes portadores de DM e HAS. Soma-se a isso o planejamento de metas para o enfrentamento de tais desafios a fim de que sejam reconhecidos padrões de estado de saúde e sua evolução durante as décadas, como as novas epidemias e pandemias, doenças negligenciadas, controle dos vetores, assim como a magnitude das DCNT (Martins *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2019).

#### 2.4 PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

No final do ano de 1980, após intensa luta pela redemocratização do país e pela conquista de direitos políticos e sociais, o sistema de saúde no Brasil passou por uma reforma estrutural expressiva. Essa mudança foi impulsionada pelo movimento social conhecido como reforma sanitária e resultou na inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988, tornando-a um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 2002; Pinto; Giovanella, 2018).

Antes de a Carta Magna ser promulgada, a assistência à saúde era restrita aos trabalhadores do mercado formal urbano que contribuíram compulsoriamente para a previdência social, a qual alcançava menos que 50% dos brasileiros; o restante da população recorria aos cuidados filantrópicos (Santa Casa). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080/1990, o acesso passou a ser universal como direito inerente à condição de cidadão (Brasil, 1990; Pinto; Giovanella, 2018).

Assim, não existia até então uma política nacional de atenção primária com segmentação de coberturas e nem mesmo uma assistência médica em medicina da família e comunidade. No entanto, a criação de programas de orientação comunitária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), serviu como base para implantação de uma política nacional de atenção básica (Pinto; Giovanella, 2018).

Desde sua criação em 1994, o PSF gradualmente foi se tornando uma estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo assistencial, que coloca a família como o novo centro de atenção à saúde (Rosa; Labate, 2005). Com o passar dos anos, foi preciso organizar a base do sistema de saúde, e o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), enunciada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional

de Atenção Básica, sendo posteriormente revisada em 2011 e 2017. Esse instrumento legal foi considerado um marco histórico na consolidação nacional e na expansão da ESF, visando à reorganização da atenção básica no país (Brasil, 2006; 2011; 2017).

A ESF possui a capacidade de direcionar a organização do sistema de saúde, buscando solucionar as necessidades da população por meio da modificação do modelo assistencial (Soratto *et al.*, 2015). A equipe de saúde da família desempenha um papel essencial no atendimento a pacientes com doenças crônicas ao estabelecer um vínculo com o território e com os usuários, além de garantir a realização contínua de ações de educação em saúde, tanto na unidade de saúde quanto na comunidade (Mendes, 2012).

Por se tratar de agravos de grande magnitude e com impactos na saúde dos territórios, o Ministério da Saúde criou, em 2002, o Sistema Hiperdia. O objetivo foi permitir o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes *Mellitus* (Portaria/GM nº 16, de 3 de janeiro de 2002), materializado pelo conjunto de ações voltadas ao cuidado integral a sujeitos que convivem com HAS e DM (Brasil, 2002). Além dele, foi estabelecido o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica em 2013 (Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013), que passou a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ele possibilita o acompanhamento de indivíduos com HAS e DM na Atenção Básica, por meio do registro de informações sobre a situação sanitária e de saúde da população, bem como dos relatórios de saúde (Brasil, 2013).

No plano de acompanhamento adotado pelas equipes da ESF, além das ações clínico-assistenciais, deve estar contemplada nas práticas de cuidado a ampla utilização de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, busca pela subjetividade etc.) e leve-duras (atividades de educação em saúde e outras), que apresentam grande potencial para mudança do estilo de vida da população (Brasil, 2014b).

Para apoio da inserção e resolutividade das ações da ESF, o Ministério da Saúde retomou o financiamento federal das equipes multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Elas são compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que trabalham de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre as diretrizes a serem cumpridas pela eMulti, estão as de facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito



da APS e do território, pautar-se pelo princípio da integralidade, atenção interprofissional, oportunizar a comunicação, integração e articulação da APS na RAS, contribuir para aprimorar a resolubilidade e proporcionar que a atenção seja contínua ao longo do tempo (Brasil, 2023).

Em estudo realizado com 98 pessoas com DM usuários da ESF na cidade de Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, aqueles que referiram participação em grupos ou atividades educativas tinham melhor autopercepção da saúde. Além disso, a QV avaliada por meio do instrumento SF-36 antes e após participação em um programa educativo com duração de cinco meses indicou melhora no domínio estado geral de saúde (Brum Ferraz; Cechetto; Riegel, 2020). Em uma revisão integrativa, observou-se a melhora na QV dos indivíduos com HAS a partir de intervenções educativas, em sua maioria beneficiadas pela tecnologia grupal, sendo esta considerada uma ferramenta potencializadora da promoção da saúde (Silva *et al.*, 2020). Ademais, pesquisa voltada para validação de um programa de autocuidado com encontros temáticos para cem pessoas com HAS e/ou DM, na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, identificou que os pacientes apresentaram melhorias no autoconhecimento sobre as doenças, sugerindo a relação entre educação do autocuidado e incremento de conhecimento para realização de mudanças no estilo de vida (Magri *et al.*, 2020).

Outra estratégia fundamental na APS para controle das DCNT diz respeito às ações de prevenção, divididas em quatro níveis: primário (busca a promoção e a proteção de saúde, a exemplo da vacinação); secundário (visa ao rastreamento e ao diagnóstico precoce); terciário (tenta reduzir danos e promover reabilitação); e quaternário (prezando pela redução de procedimentos e intervenções desnecessárias) (Brasil, 2017). Tais ações são primordiais à manutenção e melhoria da QV dos portadores de doenças crônicas.

O tratamento da HAS visa a mudanças no estilo de vida, cuidados individuais e no uso de medicações, além da terapia não medicamentosa, adotando uma dieta saudável, hipossódica e hipolipídica, bem como a prática regular de exercícios físicos. Tais condutas auxiliam no controle dos níveis pressóricos e possibilitam o autocuidado pelo paciente (Cardoso *et al.*, 2019). Assim como o rastreamento da doença na população, o planejamento e o desenvolvimento de políticas públicas para melhor distribuição dos recursos disponíveis potencializam a efetividade no controle dela e a adesão ao tratamento (Brasil, 2014). A ampliação dessas estratégias pode facilitar e incentivar a melhoria do controle da HAS e DM, bem como aumentar a vigilância dessas doenças crônicas.

Um estudo ecológico com dados da PNS (2013) apontou que indivíduos com HAS que veem na ESF fonte regular de cuidado também têm alta acessibilidade em saúde, o que pode favorecer a realização de consultas médicas e o equilíbrio das internações. Dessa forma, a ESF

assiste também usuários em situações socioeconômicas e condições de vida e saúde menos favoráveis, o que contribui para redução das iniquidades sociais em saúde e assegura a busca pela QV e pelo bem-estar de seus usuários (Oliveira *et al.*, 2020).

O DM pode permanecer assintomático por longo tempo, e sua detecção clínica é frequentemente feita pelos seus fatores de risco, e não pelos sintomas. Por esse motivo, a ESF é primordial na detecção precoce, rastreando não apenas os sintomas, mas também seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). Dessa forma, realiza uma abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde, com vistas à prevenção de complicações e à manutenção da QV (Brasil, 2013).

A visita domiciliar, ação realizada pela ESF, é um importante instrumento de cuidado na perspectiva da atenção básica em saúde e está entre as suas principais atividades. A partir dela, o agente comunitário de saúde e a equipe podem estabelecer o vínculo com as famílias atendidas e conhecer suas necessidades singulares de cuidado (Assis; Castro-Silva, 2018). Além disso, essa ação constitui uma forma de fazer uso social da ciência, pois permite colocar em prática o conhecimento científico no cotidiano das pessoas, o que oferece subsídios à adoção de novos hábitos e condutas para melhoria da QV (Borges; Goyatá; Resck, 2016).

A ESF apresenta significativo potencial de reduzir os efeitos das desigualdades socioeconômicas, demográficas, sanitárias individuais e contextuais sobre a saúde. Soma-se a isso a possibilidade de favorecer o atendimento à saúde e o controle adequado de morbidades crônicas, como HAS e DM, reduzindo os riscos de morte precoce e de anos perdidos com incapacidade (Oliveira *et al.*, 2020). É fundamental que a ESF estabeleça, entre seus objetivos, a promoção de ações que busquem melhorar a satisfação das pessoas acometidas pelas doenças crônicas, contemplando o sucesso do tratamento aliado ao seu bem-estar físico e psicossocial (Moreschi *et al.*, 2018a).

## 2.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Em 2017, a diretriz da *American Heart Association* definiu a hipertensão arterial estágio 1 como uma elevação da pressão arterial sistólica igual ou superior a 130mmHg, e pressão arterial diastólica igual ou superior a 80mmHg (Whelton *et al.*, 2018). De acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, a HAS é uma DCNT caracterizada por níveis pressóricos elevados, o tratamento possui maior benefício superando os riscos. Ela é definida “por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, pressão arterial sistólica (PAS) maior

ou igual a 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg” (Barroso *et al.*, 2021, p.528).

Ressalta-se que essa medição deve ser feita de forma correta em pelos menos duas ocasiões diferentes, e é preferível em ambiente externo ao consultório. Ela se caracteriza como monitorização ambulatorial da pressão arterial, monitorização residencial da pressão arterial e automedida da pressão arterial (Barroso *et al.*, 2021). As medições em locais externos diminuem o risco do “efeito do jaleco branco”, que ocorre em pessoas com HAS que, diante de um profissional da saúde, têm a PA ainda mais elevada, dificultando o adequado acompanhamento e controle dos níveis pressóricos. Entretanto, não pode se descartar a aferição da PA no ambulatório, pois a hipertensão pode ficar mascarada, caracterizada pela PA normal no consultório e elevada na monitorização ambulatorial (Parati *et al.*, 2010; Nobre *et al.*, 2018). Com base em estudos de monitorização residencial da PA, diferenças iguais ou superiores a 15mmHg na PAS e/ou 9mmHg na PAD indicam o “efeito do jaleco branco”, já diferenças iguais ou inferiores a -1mmHg na PAS e/ou PAD revelam efeito do mascaramento (Feitosa *et al.*, 2020).

As classificações da PA de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) estão presentes no Quadro 1.

**Quadro 1.** Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: Barroso *et al.* (2021 p. 545).

Estratégias vêm sendo utilizadas para otimizar o acompanhamento de pessoas com HAS na Atenção Primária à Saúde, e grande parte dos diagnósticos, bem como o mapeamento e o tratamento, são realizados pela ESF, a porta de entrada do SUS. No Brasil, destacam-se o *Caderno de Atenção Básica nº 37*, elaborado pelo Ministério da Saúde, específico para ações de cuidado de hipertensos, e o *Caderno de Linhas de Cuidado*, voltado a pacientes com HAS; ambos os documentos são alguns dos recomendados para uso na APS (Brasil, 2014b; 2021). Como preconiza o *Caderno de Atenção Básica nº 37*, todo usuário da APS e da ESF com 18 anos ou mais deve ter a PA verificada e registrada sempre que for à UBS para consulta,

atividades educativas e procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário com ao menos uma verificação nos últimos dois anos, sendo a forma de rastreamento na população. É enfatizado no documento que se houver suspeita de HAS mascarada ou o “efeito do jaleco branco”, deve-se realizar a monitorização ambulatorial ou residencial da PA (Brasil, 2014b).

Quando detectada a HAS, o usuário será acompanhado pela equipe multidisciplinar da ESF, e, se não puder se locomover, a monitorização ocorrerá pela equipe médica e de enfermagem por consulta domiciliar. O cadastro e o acompanhamento dos portadores de HAS e/ou DM são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), criado em 2002 e destinado ao acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do SUS (Brasil, 2002).

Em um estudo realizado com pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Hiperdia de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de Recife, Pernambuco, identificou-se que a média de idade era de aproximadamente 50 anos, com predomínio do sexo masculino, paciente com sobrepeso e obesidade; os níveis pressóricos encontrados nesse grupo revelaram bom controle (Gomes; Bezerra, 2018).

Estudo transversal descritivo retrospectivo de base populacional coletou informações de pacientes idosos com 60 anos ou mais registrados no Hiperdia do Estado de São Paulo e disponibilizados no *site* do Datasus. Foram avaliados 567.789 registros de hipertensos e/ou diabéticos, e a prevalência de HAS isolada foi maior na população idosa (60-64 anos), com predomínio do sexo feminino. Entre os fatores de risco associados às doenças de base, o sedentarismo teve maior predominância (Guimarães; Theodoropoulos, 2021).

Nessa perspectiva, cabe à equipe de ESF o papel fundamental de desenvolver ações de prevenção e controle de agravos por meio da sistematização da assistência e organização do atendimento. Isso vai possibilitar que o usuário hipertenso tenha acesso a todos os serviços disponibilizados pela APS para uma assistência integralizada, de referência e contrarreferência, visando a prevenir ou conter os impactos causados à saúde dessa população (Carvalho Filha; Nogueira; Viana, 2011).

O acompanhamento da QV de indivíduos com doenças crônicas é essencial no planejamento de intervenções nos serviços de saúde, visto que fornece informações importantes sobre o bem-estar e a prioridade deles. Esse monitoramento subsidia a realização de programas de saúde e a implementação de ações efetivas no contexto da APS, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários (Gomes *et al.*, 2015).

Portanto, utilizar a medida da QV na população com HAS pode gerar informações a serem empregadas no rastreamento e identificação das necessidades de saúde, decisão sobre

prioridades, assim como alocação de recursos e planejamento estratégico de combate. Acrescenta-se a isso a comparação entre os estados de saúde de diferentes tipos de tratamentos realizados (Campos; Rodrigues Neto, 2008).

## 2.6 DIABETES *MELLITUS* (DM)

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), “o diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos” (SBD, 2019). A OMS o trata como um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados e identificados pela presença de hiperglicemia na ausência de tratamento (WHO, 2019).

A hiperglicemia persistente está relacionada a complicações crônicas micro e macrovasculares como retinopatia, nefropatia ou neuropatia, aumento de morbidade, redução da QV e elevação da taxa de mortalidade. Indivíduos com essa condição também estão em maior risco de adquirir outras morbidades, incluindo doenças cardíacas, doença arterial periférica e cerebrovascular, obesidade, catarata, disfunção erétil e doença hepática gordurosa (WHO, 2019).

A classificação recomendada pela SBD compreende o diabetes *mellitus* tipo 1, o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), o diabetes *mellitus* gestacional e os outros tipos (Rodacki *et al.*, 2022). O diabetes *mellitus* tipo 1 é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células  $\beta$  pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina; subdivide-se em DM tipo 1A e DM tipo 1B (Insel *et al.*, 2015). Estima-se que mais de 88 mil brasileiros sejam acometidos por esse tipo e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em sua prevalência no mundo, segundo a *International Diabetes Federation* (IDF, 2017).

Já o diabetes *mellitus* tipo 2 corresponde entre 90 a 95% de todos os casos de DM. Apresenta etiologia multifatorial, envolvendo diversos componentes genéticos e ambientais. Geralmente acomete indivíduos a partir da quarta década de vida e está associado a hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacando-se como os principais fatores de risco. Caracteriza-se por resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células  $\beta$  pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas. Apresenta, frequentemente, características clínicas associadas à resistência à insulina, como *acantose nigricans*, que são manchas escuras na pele em regiões específicas, e hipertrigliceridemia (SBD, 2019; Rodacki *et al.*, 2022).

Por sua vez, o diabetes *mellitus* gestacional consiste em intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação, sem ter previamente preenchido os critérios diagnósticos de DM. Constitui um risco tanto para mãe quanto para o feto (SBD, 2019).

A existência de outros tipos de DM, cuja apresentação clínica é bastante variada, depende da alteração de base que provocou o distúrbio metabólico. Estão incluídos nessa categoria os defeitos genéticos que resultam na disfunção das células  $\beta$ , os defeitos genéticos na ação da insulina, as doenças do pâncreas exócrino e outras condições como síndromes genéticas (SBD, 2019).

Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e atingir o acompanhamento e tratamento adequados na APS, e por sua vez na ESF, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas; entre elas, se incluem investigação de fatores de risco para complicações, monitoramento das taxas glicêmicas e demais comorbidades e fornecimento de medicamentos quando necessário (Carvalho Filha; Nogueira; Viana, 2011). Ademais, o rastreamento é de suma importância, uma vez que consiste em um conjunto de procedimentos cujo objetivo é diagnosticar o DM2 ou a condição de pré-diabetes em indivíduos assintomáticos. Para que o rastreio seja efetivo, é necessário que seja feito na população de alto risco para DM, como pessoas acima de 45 anos ou, em qualquer idade, aquelas com sobrepeso/obesidade, HAS ou história familiar de DM2 (SBD, 2019).

Para atender aos objetivos propostos pelo programa Hiperdia, as equipes da ESF são essenciais, pois a maior parte das ações ainda se concentra no desenvolvimento de grupos voltados a ações educativas em saúde e consultas médicas. Assim, em um acompanhamento efetivo, a abordagem ao usuário é realizada de forma multiprofissional e interdisciplinar, em que cada profissional faz sua avaliação e, em conjunto, traçam metas e desenvolvem as ações necessárias à manutenção e/ou recuperação da saúde desse paciente (Carvalho Filha; Nogueira; Viana, 2011).

Com o advento da pandemia de Covid-19, as ações não emergenciais das ESF foram prejudicadas, dado que as atividades do Hiperdia tiveram o funcionamento suspenso, de início, o que comprometeu a QV e colocou em risco a saúde das pessoas com HAS e/ou DM. No entanto, gestores e profissionais implementaram estratégias para diminuição desse impacto na vida delas, como telemonitoramento/teleatendimento, estratificação de riscos dos indivíduos acompanhados e agendamento prévio das consultas (Boncompagni *et al.*, 2022).

O cuidado continuado e o controle do DM podem proporcionar melhora na QV dos pacientes. O acompanhamento do DM é um dos componentes das linhas de cuidado do SUS, no qual são direcionadas por recomendações sistematicamente desenvolvidas, orientadas por

diretrizes clínicas, com vistas a garantir a atenção à saúde para que essas ações voltadas ao controle do DM alcancem os resultados esperados. Além de infraestrutura adequada, as equipes de saúde devem organizar seu processo de trabalho e realizar as ações conforme o preconizado (Borges; Lacerda, 2018). As estratégias para o controle do DM na APS são contempladas em nível político-organizacional pela gestão da saúde, com a garantia de aspectos estruturais e organizacionais necessários à consecução das ações estratégicas. Além disso, se concretizam mediante o provimento de ações conduzidas pelos profissionais de saúde, como promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2013; Borges; Lacerda, 2018).

É válido ressaltar que o acompanhamento e a educação em saúde são fundamentais, pois orientam o paciente a conviver melhor com sua condição crônica, reforçando a percepção de riscos relacionados à saúde e o desenvolvimento de habilidades para superar os problemas (Brasil, 2013). As ações de educação em saúde para o automanejo do doente crônico têm o intuito de melhorar o controle metabólico e prevenir as complicações agudas e crônicas, além de favorecer a qualidade de vida com custos razoáveis. O desenvolvimento dessas práticas educativas emancipatórias e participativas é fundamental para ampliar e potencializar a autonomia do indivíduo (Zanetti *et al.*, 2007; Souza; Vasconcelos, 2017).

Diante dessa problemática, cabe destacar a importância do conhecimento do indivíduo com DM acerca da doença e do tratamento, a fim de mais bem prepará-lo para seu autoconhecimento e autocuidado. Isso será possível por meio das atividades de educação em saúde, bem como da participação efetiva dele no seu próprio cuidado (Brum Ferraz; Cechetto; Riegel, 2020). O autoconhecimento e o manejo no cuidado auxiliam para sua melhor QV.

## 2.7 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HAS E/OU DM

As doenças crônicas mais prevalentes na população brasileira são DM e HAS. Elas estão relacionadas a riscos ambientais, genéticos e comportamentais que afetam de forma negativa a QV, podendo provocar sentimentos de desespero e aflição, implicando a necessidade de um cuidado integral à saúde (Brasil, 2020).

Os principais fatores de risco associados à HAS são: idade, sexo, raça/cor, sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio, tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool e aspectos socioeconômicos como menor escolaridade e baixa renda (Barroso *et al.*, 2021). No caso do DM2, os fatores incluem: história familiar da doença, idade avançada, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes *mellitus* gestacional e presença de

componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia (SBD, 2019).

O estilo de vida ativo é um importante componente para a promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Os exercícios físicos proporcionam o combate a diversas doenças, gerando benefícios em curto, médio ou longo prazos, como a diminuição da obesidade e de fatores de risco referentes às doenças cardiovasculares. Dessa maneira, quanto mais ativas essas pessoas forem, melhor será sua QV (Carvalho *et al.*, 2021).

A prática de atividade física contribui com ações de promoção da saúde que melhoram a QV, reduzem a presença de sintomas depressivos e auxiliam no controle da PA (Melo *et al.*, 2014). Estudo quase-experimental realizado pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Alagoas com 48 idosos com HAS constatou que após a aplicação de um protocolo misto de exercícios físicos houve melhora significativa nos seguintes domínios do SF-36: aspectos físicos (61,2 para 76,6), estado geral de saúde (65,8 para 73,5) e vitalidade (68,2 para 80,5) (Cassiano *et al.*, 2020). A adoção de um estilo de vida mais ativo pode trazer benefícios à saúde física e mental, além de melhorar o bem-estar e a sensação de felicidade. Sob esse ponto de vista, é válido ressaltar a relevância da prática da atividade em casa ou ao ar livre, enfatizando também a redução dos comportamentos sedentários (Pitanga; Beck; Pitanga, 2020). O sedentarismo é outro fator intimamente ligado ao aumento da PA e à diminuição da QV.

Em 2018, globalmente, a falta de atividade física (menos de 150 minutos de atividade física moderada por semana ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana) era de 27,5%, com maior prevalência entre as mulheres (31,7%) do que nos homens (23,4%) (Guthold *et al.*, 2018; Barroso *et al.*, 2021). O inquérito telefônico Vigitel de 2019 constatou que 44,8% dos adultos brasileiros não praticam atividade física em níveis suficientes, e esse percentual é maior entre as mulheres (52,2%) do que entre os homens (36,1%) (Brasil, 2020). É importante destacar que o sedentarismo é um problema global e que está associado a diversos fatores ambientais, tornando a população mais suscetível ao aumento da prevalência de DCNT e, conseqüentemente, à diminuição progressiva da QV, uma vez que as condições crônicas podem comprometer o desempenho funcional e diminuir a autonomia e independência dos indivíduos.

Inquérito realizado com 1.667 indivíduos na capital de São Paulo revelou associação com aumento do sobrepeso e obesidade, ao envelhecimento populacional (Fiório *et al.*, 2020). A obesidade geral e a abdominal foram relacionadas ao aumento do risco de HAS, e o controle do índice de massa corporal (IMC) e o da circunferência de cintura representam fatores relevantes a serem adicionados à prática clínica (Barroso *et al.*, 2021).



Em uma revisão sistemática, identificou-se que idade e IMC elevados foram as variáveis mais frequentemente encontradas para pacientes com HAS (Marques *et al.*, 2020). Portadores de DM com IMC inadequado (sobrepeso/obesidade) apresentam duas vezes mais chances de desenvolver complicações da doença do que aquelas com IMC adequado (Santos *et al.*, 2015). Portanto, a vida sedentária, resultante da inatividade física, influencia a prevalência e a gravidade da HAS e do DM.

O envelhecimento é um fator associado ao DM na literatura específica, pois traz modificações fisiológicas do aparelho circulatório resultantes do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias (Barroso *et al.*, 2021). Estudo transversal com uso do instrumento SF-36 realizado em Badajoz, Espanha, com pacientes diabéticos identificou valores significativamente inferiores nas mulheres com mais de 75 anos nos domínios aspecto físico, componente físico, dor corporal, estado geral de saúde e vitalidade; isso leva a apontar a idade elevada como aspecto que influencia a manutenção da QV (Gálvez Galán *et al.*, 2021).

Em revisão integrativa, observou-se que os principais fatores que exercem influência sobre a QV e condições de saúde são: renda *per capita*, nível de escolaridade, adesão à medicação, visitas aos profissionais da atenção básica, obesidade, transtornos mentais e idade (Ferreira *et al.*, 2021). Um estudo realizado no bairro Jequezinho, em Jequié, Bahia, com 125 indivíduos com HAS atendidos na UBS, com uso do instrumento Minichal-Brasil, constatou diferença estatisticamente significativa entre QV e cor da pele, sendo os não brancos com menor percentual (45,6%) na QV. Além disso, a escolaridade também apresentou diferença estatisticamente significativa, com maior QV para alfabetizados (65%) (Ribeiro *et al.*, 2015).

Outro fator importante é a presença de sinais e sintomas das doenças crônicas e a forma como elas afetam significativamente a QV dos pacientes, interferindo em suas atividades diárias, capacidade de trabalho e relacionamentos pessoais. Uma pesquisa nesse sentido, realizada em uma UBS na Paraíba, avaliou a QV de 112 usuários com HAS utilizando o instrumento *Mini-Cuestionario de Calidad Vida en Hipertension Arterial* (Minichal). O escore médio avaliado mais próximo de zero é o que representa maior qualidade de vida. Os participantes que não apresentavam queixas relacionadas à HAS obtiveram uma média de escore de QV de 8, ao passo que aqueles que relataram cefaleia, tontura, taquicardia, cansaço e boca seca tiveram escores entre 10 e 15. Isso sugere que os sinais e sintomas associados à HAS têm impacto negativo na QV dos indivíduos afetados (Gouveia Neto *et al.*, 2019).

Avaliar a QVRS é identificar os aspectos físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidades acarretam às pessoas acometidas. Estudos relacionados à QV,

especialmente em relação às doenças crônicas, proporcionam esclarecimento sobre o impacto e influência da patologia na vida cotidiana da pessoa (Silva *et al.*, 2019).

A seguir são apresentados alguns estudos com os escores dos domínios da QV e fatores associados na população geral entre 2018 e 2021 (Quadro 2) e os escores e fatores associados à QV e seus componentes em pessoas com HAS e DM2 no período de 2018 a 2020 (Quadro 3).

**Quadro 2.** Estudos sobre os escores dos domínios da QV e fatores associados na população geral entre 2018 e 2021

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Métodos de avaliação</b>	<b>Aspectos avaliados</b>	<b>Fatores associados</b>
ANDRADE; MEHTA, 2018	27 estados do Brasil e o Distrito Federal.	Dados de 3 PNAD: 217.579 pessoas (em 1998); 271.294 (em 2008); 254.714 (em 2013) indivíduos maiores de 18anos.	A autoavaliação geral da saúde foi obtida por meio da pergunta: ‘Em geral, você diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim?’ As respostas foram agrupadas em duas categorias ruim (ruim, muito ruim) e boa (regular, bom e muito bom).	A autoavaliação da saúde ruim passou de 7,1 em 1998 para 8,5 em 2013. A autoavaliação da saúde ruim passou de 7,1 em 1998 para 8,5 em 2013.	A autoavaliação da saúde ruim esteve associada a idade, cor da pele parda e preta, residir nas regiões Norte e Nordeste, ter diagnóstico de HAS DM, doença cardíaca e depressão.
Lindemann <i>et al.</i> , 2019	Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	1.246 participantes com idade igual ou superior a 20 anos	Autopercepção negativa da saúde gerada a partir das respostas “regular” e “ruim” à pergunta “Como o(a) Sr.(a) considera o seu estado de saúde?”	Autopercepção negativa da saúde foi de 41,6%	O desfecho mostrou-se positivamente associado ao sexo feminino, ao diagnóstico de alguma DCNT, ao fato de não se estar trabalhando e à inatividade física
Santos; Campos; Flor, 2019	27 estados do Brasil e Distrito Federal	7.168 indivíduos brasileiros com idade igual ou superior a 20 anos	<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	Componentes físico e mental	≥ 65 anos, sedentárias, pertencentes à classe D/E, não ter um companheiro, ser analfabetas e com mais morbidades apresentam mais chances de pior QV física e mental na população geral
USNAYO <i>et al.</i> , 2021	Rio Branco, Acre.	685 adultos (18 a 59 anos) e 1016 idosos (a partir de 60 anos).	Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão abreviada WHOQOL-Bref e autoavaliação da saúde.	Autoavaliação negativa da saúde nos adultos foi de 12,1% e nos idosos de 15,4%. Domínios físico, psicológico, ambiental, geral e social	A autoavaliação negativa da saúde esteve associada aos menores escores dos domínios físico e psicológico da QV. Também com a idade, o estresse, o uso de medicação e a presença de insônia e depressão.

Fonte: Autoria própria.

**Quadro 3.** Publicações que abordam os escores e fatores associados à qualidade de vida e seus componentes em pessoas com HAS e DM2 entre 2018 e 2020

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Componentes</b>	<b>Escore ou prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
<b>Brasil</b>						
Santos; Campos; Flor, 2019	27 estados do Brasil e Distrito Federal	7.168 indivíduos brasileiros com idade igual ou superior a 20 anos	<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	Componentes físico e mental	-	≥ 65 anos, sedentarismo, pertencentes à classe D/E e com mais morbidades apresentaram mais chances de pior QV física e mental nos diabéticos
Tonetto <i>et al.</i> , 2019	UAPS* UASS* UATS*	53 pessoas com 30 anos ou mais com diabetes	Instrumento Diabetes-39 (D-39)	Energia e mobilidade; controle do DM; QV total; gravidade do DM percebida	Energia e mobilidade (49,8); controle do DM (39,0); QV total (41,9); e gravidade do DM percebida (75,3)	Idade avançada, maior valor na HbA1c e uso da insulina
Abreu <i>et al.</i> , 2020	Município de Caxias, Maranhão	150 participantes hipertensos com idade igual ou superior a 18 anos	<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	Capacidade funcional; limitação por aspectos físicos; limitação pela dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental	Os domínios com maiores valores médios obtidos foram aspectos sociais (84,00) e saúde mental (74,53)	-
Brum Ferraz; Cechetto; Riegel, 2020	Bairro Formosa, Alvorada, Rio Grande do Sul	700 indivíduos diabéticos com idade igual ou superior a 18 anos	<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	Capacidade funcional; limitação por aspectos físicos; limitação pela dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental	Limitação por aspectos físicos (42,6) e dor (48,8)	As atividades educativas em grupo mostraram-se associadas a pontuações médias mais elevadas dos domínios do escore de QV

Continuação Quadro 3.

Autor/ano	Local	População	Instrumento	Componentes	Escores ou prevalência	Fatores associados
<b>Mundo</b>						
Rodríguez-Almagro <i>et al.</i> , 2018	Espanha	456 pessoas diabéticas entre 18 e 75 anos	Questionário <i>Diabetes Quality of Life</i> (DQoL). Escala de 0 a 100 (0 = pior e 100 = melhor escore de QV)	Satisfação; impacto; preocupações sociais/vocacionais; e preocupações relacionadas ao diabetes	Preocupações sociais/profissionais e preocupações relacionadas ao diabetes foram as dimensões com maior (74,3 ± 20,1) e menor (61,1 ± 20,6) escores, respectivamente.	Idade mais jovem, sexo feminino, baixa escolaridade, baixo controle glicêmico e maior número de complicações
Li <i>et al.</i> , 2018	Distrito de Zhengxiang Hengyang, Hunan, China	530 idosos hipertensos com idade igual ou superior a 60 anos	<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	Capacidade funcional; limitação por aspectos físicos; limitação pela dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental	QV em nível moderado (54,36 ± 21,18)	Responsabilidade com a saúde, atividade física, relacionamento interpessoal, controle do estresse, crescimento espiritual e nutrição
Dhillon; Nordin; Ramadas, 2019	<i>Tanglin Health Clinic</i> , clínica de atenção primária na Malásia	150 pacientes com DM2 com mais de 18 anos	AsianDQOL (≤ 85 pontos = categoria ruim-moderada; ≥ 86 QV boa-excelente)	Energia; memória; dieta; sexo; e finanças	37,3% dos indivíduos foram classificados como tendo uma QV ruim a moderada, e 72,7% como QV bom-excelente	Menores escores de QV: regimes de tratamento contendo insulina e controle glicêmico ruim. Preditores de uma QV boa-excelente: HbA1c ≤ 6,5%, níveis normais de ansiedade e adesão medicamentosa
Xiao <i>et al.</i> , 2019	Dianjiang e distrito de Yubei de Chongqing, China	567 participantes hipertensos com idade superior a 18 anos	<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	Capacidade funcional; limitação por aspectos físicos; limitação pela dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental	-	Autopercepção da sobrecarga econômica causada pela hipertensão, sexo feminino, idade, atividade física, consumo de álcool e problemas emocionais

Continuação Quadro 3.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Componentes</b>	<b>Escores ou prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
Aschalew; Yitayal; Minyihun, 2020	Hospital de referência da Universidade de Gondar, Etiópia	408 pacientes com DM com idade igual ou superior a 18 anos	Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref)	QV geral; aspectos sociais, ambientais, psicológicos e físicos	Os escores de QVRS para os domínios físico, psicológico, social e ambiental foram 50,9, 54,5, 55,8 e 47,3, respectivamente	Complicações relacionadas ao DM. Maior QV foi associada à prática de exercícios, seguir a dieta recomendada, cuidados com os pés, consumo moderado de álcool e ausência de comorbidades. No entanto, idade avançada, desemprego e ser solteiro ou viúvo tiveram associação significativa com menor QV
Tusa; Geremew; Tefera, 2020	Cidade de Adama, Etiópia	774 participantes com idade superior a 18 anos, com e sem DM	Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref)	QV geral; aspectos sociais, ambientais, psicológicos e físicos	Diabéticos: percepção geral de saúde (43,25) Saúde geral (42,27) Saúde física (45,40) Saúde psicológica (53,99) Relação social (53,86) Saúde ambiental (48,13)	Fatores sociodemográficos (idade, residência e estado civil), clínicos (complicação de depressão e diabetes <i>mellitus</i> ) e comportamentais (atividade de autocuidado e adesão medicamentosa) estiveram associados à QV nos diabéticos

\* Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Unidade de Atenção Secundária à Saúde (UASS) e Unidade de Atenção Terciária à Saúde (UATS) do interior paulista.

Fonte: Autoria própria.

## 2.8 MODELO TEÓRICO

Para investigar os fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e/ou com hipertensão arterial sistêmica, utilizou-se como referencial teórico o modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgreen e Whitehead em 1991 (Figura 1).

A saúde é produto de um amplo conjunto de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo: padrão apropriado de alimentação e nutrição e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (Buss *et al.*, 2000). Esses fatores expressam o conceito de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a situação de saúde, definido pelo termo *determinantes sociais de saúde* (DSS) (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

De acordo com esse modelo, os determinantes sociais da saúde foram dispostos em quatro diferentes camadas, sendo a mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Essa proposta fornece uma estrutura útil para analisar os determinantes sociais da saúde e desenvolver estratégias abrangentes de promoção dela, reconhecendo a complexidade e a interconexão que esses fatores abarcam. Tais fatores mantêm uma importante relação com a qualidade de vida relacionada à saúde, conforme relatado em alguns estudos (Aschalew; Yitayal; Minyihun, 2020; Rodríguez-Almagro *et al.*, 2018; Santos; Campos; Flor, 2019; Xiao *et al.*, 2019).

No centro da figura, os indivíduos estão na base do modelo com suas características individuais (idade, sexo, fatores hereditários etc.) que exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. A primeira camada, superior aos fatores individuais, refere-se ao estilo de vida, como tipo de alimentação, exercício físico, tabagismo e etilismo. Esses aspectos são muitas vezes entendidos apenas como responsabilidade do próprio indivíduo, no entanto fazem parte dos DSS, uma vez que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como opções de lazer, acesso a alimentos saudáveis, aos meios de informação e a serviços públicos (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Acima da camada de estilo de vida, estão posicionadas as redes sociais e comunitárias, como ambiente social, estrutura familiar, redes de apoio e comunidade, já que essa coesão social é fundamental para a saúde da sociedade. Na camada seguinte, situam-se as condições de vida

e de trabalho, em que questões de acesso aos serviços de saúde, habitação, renda, emprego estão pautadas, indicando que pessoas em desvantagem social apresentam diferentes riscos de exposição e vulnerabilidade às condições de saúde, como consequência de moradias inadequadas, condições perigosas ou estressantes no trabalho e menor acesso aos serviços de saúde. Finalmente, a última camada, na qual encontram-se as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, engloba fatores mais amplos e sistêmicos que afetam a saúde, como políticas governamentais, economia, educação e cultura e que exercem maior influência sobre as demais camadas (Buss; Pellegrini Filho, 2007).



**Figura 1.** Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Fonte:

Considerando-se a multidimensionalidade do conceito de QV, é notória a influência dos determinantes sociais da saúde na qualidade de vida das pessoas, sobretudo nos indivíduos com HAS e DM2. Entre os portadores de HAS, os principais fatores de risco elencados como associados ao desenvolvimento e progressão da doença são: idade, sexo, raça/cor, sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio, tabagismo, sedentarismo, consumo alcoólico e fatores socioeconômicos como menor escolaridade e baixa renda (Barroso *et al.*, 2021). Ainda que associados à saúde, eles também dizem respeito à qualidade de vida desse paciente, uma vez que em estudos transversais que envolveram pessoas com HAS os fatores relacionados à QVRS foram idade, sexo, carga econômica percebida causada pela hipertensão, atividade física, uso



de álcool, autorregulação emocional, responsabilidade com a saúde, relacionamento interpessoal, crescimento espiritual e nutrição (Li *et al.*, 2018; Xiao *et al.*, 2019).

No caso de indivíduos com DM2, os principais fatores de risco relacionados com a progressão da doença foram: história familiar da doença, idade avançada, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes *mellitus* gestacional e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia (SBD, 2019). Além disso, fatores sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida foram associados à QVRS nessa população e estiveram apontados em alguns trabalhos transversais, como sexo, idade, nível de escolaridade, renda, estado civil, expectativas de emprego favoráveis, grau de controle da doença (avaliado pelos níveis de hemoglobina glicada), número de complicações, depressão, ansiedade, estresse e tipo de tratamento do DM2, adesão terapêutica e comorbidades (Dhillon; Nordin; Ramadas, 2019; Aschalew; Vitayal; Minyihun, 2020; Rodríguez-Almagro *et al.*, 2018; Tusa; Geremew; Tefera, 2020).

Em suma, esses fatores sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida são importantes para a investigação da QVRS, fornecendo uma compreensão abrangente dos determinantes sociais da saúde e sua relação intrínseca com HAS e DM2. A análise desses elementos contribui não apenas para identificação de possíveis intervenções preventivas e de promoção da saúde, mas também para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no contexto clínico e de políticas públicas. Ao se reconhecer a interconexão desses fatores, é possível avançar em direção a abordagens integrais, visando a melhorar não apenas a gestão dessas condições de saúde, mas também a qualidade de vida das populações afetadas.

### 3 JUSTIFICATIVA

A reflexão acerca da QVRS de pessoas com hipertensão arterial e diabetes é urgente e de extrema importância. Isso se deve ao aumento da prevalência dessas doenças no Brasil que levam à diminuição na qualidade e expectativa de vida da população, resultando em altas taxas de morbimortalidade e de custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde.

A avaliação da QVRS é uma relevante ferramenta para a compreensão do impacto das doenças crônicas na vida dos indivíduos. O uso de instrumentos validados é essencial à obtenção de dados acurados e significativos sobre a QV dos pacientes. Nesse contexto, o SF-36 é um dos mais utilizados em estudos que envolvem a avaliação da QV de pessoas com doenças crônicas. Ademais, ele se caracteriza por sua abrangência: investiga oito componentes diferentes, mediante aplicação simples e rápida, e permite a coleta de dados de forma eficiente. Esse pode ser um importante auxílio para profissionais de saúde e pesquisadores entenderem melhor as necessidades e os desafios dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, bem como para orientar na elaboração de estratégias e intervenções que possam melhorar a qualidade de vida dessa população.

O presente estudo contribuirá para a compreensão da QV de indivíduos com DM e/ou HAS atendidos pela ESF urbana de Rio Branco, Acre, uma vez que há carência de trabalhos dessa magnitude na Região Norte e principalmente nesse município, considerando-se características específicas da população e do sistema de saúde. A presente pesquisa se justifica pela necessidade de compreender melhor a QVRS em pacientes da ESF em Rio Branco, Acre, levando-se em conta as particularidades regionais, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de saúde mais eficazes e adaptadas a essa população. Além disso, ela possibilitará identificar os fatores que influenciam a QVRS dessas pessoas, gerando discussões sobre os impactos que esses fatores podem ter na vida diária delas.

A avaliação da QVRS é um importante indicador do estado de saúde e do bem-estar da população, sendo fundamental para orientar as políticas públicas e ações de saúde que têm buscado cada vez mais a valorização da QV como elemento significativo. A análise da QV na ESF é uma prática relevante para identificar as necessidades e demandas dos usuários em relação à sua saúde e ao bem-estar, permitindo intervenções efetivas e personalizadas. Dessa forma, é possível promover melhor adesão ao tratamento e um controle mais eficaz das doenças crônicas, contribuindo para o aumento da QV da população e a efetividade das políticas públicas nessa área.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores associados em pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial cadastradas na Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Rio Branco, Acre.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil das pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial cadastradas na Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019, segundo fatores sociodemográficos, econômicos e de saúde.
- Avaliar os componentes da qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores a ela associados em pessoas com hipertensão arterial cadastradas na Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019.
- Avaliar os componentes da qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores a ela associados nas pessoas com diabetes cadastradas na Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019.

## **5 MATERIAIS E MÉTODO**

A presente dissertação foi estruturada em dois artigos para responder aos objetivos do trabalho. O primeiro se intitula “Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial cadastradas na Estratégia Saúde da Família em Rio Branco, Acre”, e o segundo, “Qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com diabetes cadastradas na Estratégia Saúde da Família em Rio Branco, Acre”.

Os dois materiais são apresentados em seguida, e os materiais e métodos de cada um estão contemplados e descritos neles.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 ARTIGO 1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO, ACRE

#### Resumo

**Introdução:** A prevalência de hipertensão arterial é crescente no Brasil, com repercussões sobre a qualidade de vida e a morbimortalidade. **Objetivo:** avaliar os componentes da qualidade de vida relacionados à saúde e os fatores a ela associados em pessoas com hipertensão arterial cadastradas nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019. **Método:** Estudo transversal realizado com indivíduos com hipertensão arterial das unidades de Estratégia Saúde da Família com idade igual ou superior a 18 anos. A variável dependente do estudo é a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) obtida por meio do *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Adotou-se a regressão ordinal hierárquica multivariada com nível de confiança de 95%. **Resultados:** Os achados apontam que a menor qualidade de vida em pacientes hipertensos está fortemente associada ao sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, hábito de adicionar sal na comida, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, sensação de estresse, ansiedade, insônia e depressão, internação por pressão elevada, menor número de medicações e presença de comorbidades (doenças respiratórias e diabetes). **Conclusão:** A qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial está comprometida, tendo relação com condições socioeconômicas, de hábito de vida e de saúde. Devido aos inúmeros fatores que influenciam esses resultados, a Estratégia Saúde da Família tem como desafio criar mecanismos para um cuidado holístico e eficaz de modo a desenvolver hábitos saudáveis e a melhoria do autocuidado.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial. Qualidade de vida relacionada à saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

#### Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam as principais causas de morbimortalidade no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), elas são responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas globalmente em 2016

(WHO, 2018). Esses mesmos dados apontavam que em 2016 as DCNT eram responsáveis por 74% do total de óbitos no Brasil, com destaque para doenças cardiovasculares (WHO, 2018).

Na população brasileira, a presença de pelo menos uma das DCNT aumentou significativamente entre 2008 e 2019 ( $p < 0,001$ ) (Simões *et al.*, 2021), e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e morte prematura (Barroso *et al.*, 2021). Em 2023, a prevalência de HAS variou entre 19,2% (São Luís, MA) a 34,4% (Rio de Janeiro, RJ), sendo 22% em Rio Branco (AC) (Brasil, 2023).

O acompanhamento da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas com HAS nas unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF) é fundamental para o planejamento de intervenções nos serviços de saúde, pois fornece dados importantes sobre o bem-estar e a prioridade dos usuários. Esse monitoramento subsidia a realização de programas de saúde e a implementação de ações efetivas no contexto da atenção básica, além de proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários (Gomes *et al.*, 2015; Brasil, 2023).

A QVRS indica a percepção atribuída à vida, levando em consideração as limitações físicas, mentais, sociais e emocionais que são impostas pela doença, tratamento e agravos (Giachello, 1996). Sua avaliação possibilita a compreensão dos elementos vinculados às condições de saúde, apresentando-se como um indicador relevante para analisar os resultados terapêuticos e monitorar o estado de saúde da população (Rôla; Costa e Silva; Nicola, 2018).

Em estudo realizado na China com 1.467 idosos coreanos, a QVRS de pessoas com hipertensão foi menor do que daquelas sem a doença (Chin; Lee; Lee, 2014). Ademais, foi evidenciado que os escores mais baixos nos pacientes hipertensos estão associados a idade, sexo, nível de escolaridade, qualidade do sono, atividade física, uso de álcool e autorregulação emocional (Chen *et al.*, 2021; Xiao *et al.*, 2019). No Brasil, pesquisa desenvolvida com 7.168 indivíduos com 20 anos e mais, utilizando o *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) identificou que pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sedentárias, pertencentes à classe econômica D/E, sem companheiro, analfabetas e com mais morbidades apresentaram maiores chances de menor QVRS física e mental (Santos; Campos; Flor, 2019).

O conhecimento sobre a QVRS em pessoas com HAS ainda é incipiente, visto que a dimensão continental do Brasil suscita a necessidade de avaliação dessas condições em diferentes locais a fim de promover a equidade tão necessária à melhoria dos serviços de saúde. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar os componentes da qualidade de vida relacionados à saúde e os fatores a ela associados em pessoas com hipertensão arterial

cadastradas nas unidades de Estratégias Saúde da Família da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado com utilização dos dados do Estudo das Doenças Crônicas sob a ótica da Qualidade em Saúde (Edoc-Quali) (Amaral *et al.*, 2023). O município de Rio Branco tem uma unidade territorial de 8.834,942 km<sup>2</sup>, se localiza na Regional Baixo Acre, na Amazônia brasileira, e faz fronteira com Peru e Bolívia. De acordo com o censo 2010, a população era de aproximadamente 336.038 habitantes, sendo a maioria residente na zona urbana (91,8%) (IBGE, 2011). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, em 2010, alcançava 0,727 (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

O estudo foi realizado nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) situadas na área urbana do município. Vale destacar que Rio Branco possui 68 ESF, distribuídas em dois distritos e alocadas em 44 unidades, das quais 38 localizam-se na zona urbana e constituem o universo de interesse do presente trabalho.

Participaram da pesquisa pessoas com diagnóstico de HAS com idade de 18 anos e mais cadastradas nas unidades da ESF na zona urbana da capital acreana. Os critérios de exclusão foram indivíduos com comprometimentos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas e mulheres grávidas.

O procedimento de amostragem foi do tipo probabilística complexa, obtida por conglomerado em dois estágios. No primeiro, foram sorteadas as unidades de ESF com probabilidade proporcional ao número de pacientes hipertensos e diabéticos, de acordo com seus dados cadastrais; e no segundo, também com base no cadastro de cada unidade, realizou-se um sorteio para escolha dos pacientes com HAS, usando seleção sistemática com equiprobabilidade.

A amostra foi obtida estipulando-se uma proporção mínima de 5% ( $P_{\min} = 0,05$ ), para a qual a margem de erro relativo da estimação deveria ser de no máximo 50% ( $d_r = 0,5$ ) com coeficiente de confiança de  $(1-\alpha) = 95\%$ . Por falta de estudos prévios sobre essa população, definiu-se um efeito do plano amostral (EPA) de 1,5. Fixando-se em 25 o número de pacientes por equipe da ESF, chegou-se à necessidade de escolher 16,8 equipes, sendo selecionadas 17 para a amostra da população de pessoas com HAS. Para suprir possíveis perdas, foram acrescentados 20%, que resultou em uma amostra mínima de 438 participantes; no entanto, todos

os que compareceram foram entrevistados. Com isso, a amostra efetiva totalizou 672 pacientes, o que representou 8.134 pessoas com HAS na população.

A coleta de dados, realizada de maio a julho de 2019, foi submetida a medidas de controle de qualidade. A equipe de entrevistadores foi composta por 16 profissionais da saúde, com supervisão da coordenação da pesquisa. Todos foram treinados, bem como estudaram os protocolos e instrumentos utilizados e realizaram um teste-piloto para avaliação do tempo de duração, esclarecimentos de dúvidas e memorização dos itens a serem perguntados. Com vistas a padronizar as entrevistas, foi elaborado um manual com todos os procedimentos para embasamento das atividades.

Após o sorteio e identificação dos endereços dos pacientes selecionados, o agente comunitário de saúde entregou um convite em sua residência, com informações sobre a pesquisa, bem como o dia e a hora para comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS). No período agendado, em salas próprias cedidas pela UBS, foram realizadas a averiguação dos critérios de elegibilidade, a apresentação do projeto pelos entrevistadores com as orientações necessárias e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, todos os procedimentos previstos foram feitos, a saber: aplicação de questionário eletrônico, avaliação física com tomada de medidas antropométricas, sinais vitais, anotação dos dados da receita médica, contagem de comprimidos e coleta de material biológico (sangue e urina) para análise laboratorial. Nos casos em que o paciente se esqueceu de levar as embalagens de medicamentos e/ou a receita médica, um enfermeiro da equipe realizou visita domiciliar para obtenção das informações conforme disponibilidade dos participantes.

A variável dependente QVRS foi obtida pela aplicação do *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), cuja escala é composta por 11 questões e 36 itens e avalia oito componentes: capacidade funcional; aspectos físicos; dor corporal; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental; e estado geral de saúde. Além desses, foi incluída uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. O questionário também pode ser dividido em dois componentes: saúde física (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde) e mental (vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental). As pontuações possíveis variam de 0 (nenhuma qualidade de vida percebida) a 100 (máxima qualidade de vida percebida). Essa escala foi validada para a população brasileira (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli *et al.*, 1999). Os escores foram divididos em tercís, distribuídos em primeiro tercil (menor qualidade de vida), segundo tercil (média qualidade de vida) e terceiro tercil (maior qualidade de vida).



Como variáveis independentes, foram avaliadas as características sociodemográficas: sexo (masculino; feminino); faixa etária (até 59 anos; 60 anos e mais); situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); escolaridade (até ensino fundamental II; ensino médio e superior); e cor da pele (branca; não branca).

Quanto às variáveis de condições de saúde e hábitos de vida, foram incluídas: sensação de estresse (sentir estresse foi definido por frequentemente e sempre, ao passo que não sentir estresse foi definido por nunca, raramente e às vezes); IMC, determinado pelo cálculo da razão do peso (kg) pela altura em metros ao quadrado ( $m^2$ ), em que considerou-se obesidade o índice  $\geq 30\text{kg}/m^2$  (WHO, 2000); tabagismo (fumante e ex-fumante; nunca fumou); etilismo (etilista e ex-etilista; nunca bebeu); e adição de sal na comida, exceto na salada (sim; não). Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física para classificar o participante como ativo (atividade moderada  $\geq 150$  minutos por semana; atividade vigorosa  $\geq 75$  minutos por semana) e sedentário (atividade moderada  $< 150$  minutos por semana; atividade vigorosa  $< 75$  minutos por semana).

Para se analisar a assistência recebida do serviço de saúde, foi levada em conta a realização de consulta nos últimos três meses (sim; não) e o recebimento de visita domiciliar nos últimos dois meses (sim; não).

Quanto à avaliação do controle da HAS, foram considerados: internação por pressão alta (sim; não); adesão terapêutica (teste de Batalla para pessoas com HAS); e número de medicações em uso (até duas; três a quatro; cinco ou mais). Em relação ao controle da PA, foi considerada controlada (PAS  $< 140\text{mmHg}$  e PAD  $< 90\text{mmHg}$ ) e não controlada (PAS  $\geq 140\text{mmHg}$  e/ou PAD  $\geq 90\text{mmHg}$ ).

Para as morbidades autorreferidas, foram incluídas: depressão, ansiedade, insônia, doença respiratória (definida pela asma, bronquite e enfisema), diabetes e dislipidemia; e para as complicações autorreferidas, doença renal crônica, acidente vascular cerebral, infarto e insuficiência cardíaca.

Para análise de dados do presente estudo, os oito componentes da QVRS foram classificados em escores ordinais, baseando-se nos tercís da própria amostra. A regressão logística ordinal representa uma das alternativas estatísticas mais importantes em pesquisas sobre QVRS e seus possíveis correlatos (Abreu; Siqueira; Caiaffa, 2009), permitindo a inclusão de variáveis com mais de duas categorias e produzindo razão de chance. Os pressupostos foram atendidos, visto que a ausência de multicolinearidade foi verificada por meio da função *Variance Inflation Factor* (VIF) com valores  $< 2$ ; para a avaliação do pressuposto de chances

proporcionais, utilizou-se o teste de linhas paralelas, por meio da função *logit*, adotando-se o valor de p-valor maior que 0,05, sendo  $p = 0,782$ .

Na análise multivariada, a regressão logística ordinal hierarquizada, modelos de chances proporcionais, foi realizada para analisar as associações dos componentes da QVRS em escores ordinais (tercil 1 = menor QVRS; tercil 2 = intermediária QVRS; tercil 3 = maior QVRS) com as variáveis independentes. Adotou-se o processo de modelagem por bloco, seguindo-se as possíveis variáveis propostas no modelo conceitual, em que inicialmente a QVRS foi ajustada pelas variáveis sociodemográficas no nível distal: sexo, faixa etária, cor da pele, situação conjugal e escolaridade. No nível intermediário 1, foram introduzidas as variáveis de hábitos de vida (tabagismo, etilismo, adição de sal na comida e atividade física); no nível intermediário 2, foram inseridas as que correspondem às morbidades e agravos à saúde (sensação de estresse, ansiedade, depressão, insônia, diabetes, doenças respiratórias, dislipidemia, obesidade, complicações e tempo de diagnóstico da doença); e no nível proximal, foram incorporadas aquelas concernentes à assistência à saúde e aos cuidados com a morbidade (realização de consulta nos últimos três meses, recebimento de visita domiciliar em até dois meses, hospitalização por PA elevada, adesão medicamentosa, número de medicações em uso e controle da PA).

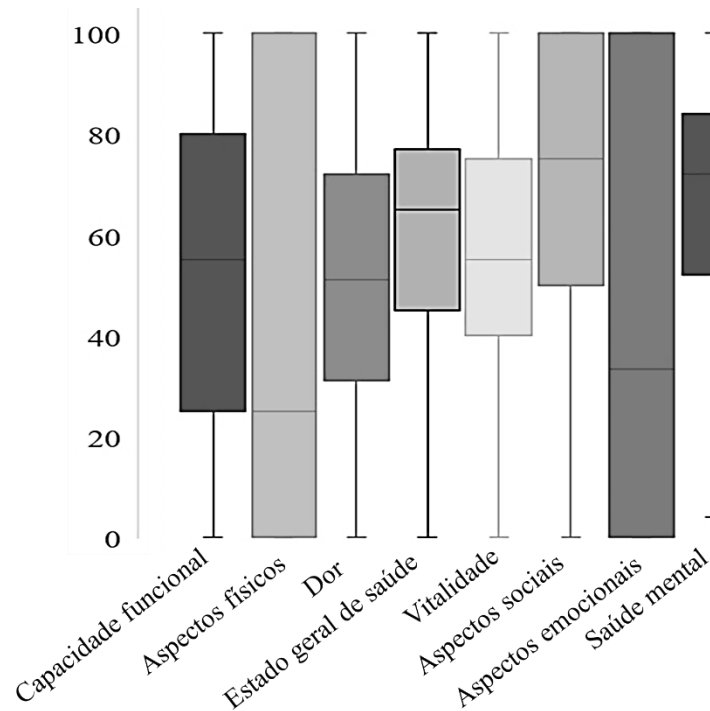
A entrada das variáveis respeitou o nível de significância ( $p < 0,20$ ) observado na análise bivariada e a plausibilidade biológica. As variáveis que mantiveram significância estatística ( $p < 0,05$ ) em cada nível passaram para o modelo seguinte e foram mantidas até o final, mesmo que tenham perdido significância quando se incluíram as de outros níveis. Todas as análises levaram em consideração o efeito do desenho amostral e os pesos das observações para a população por “estimativa (N)”. Os dados foram examinados utilizando-se o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.

O projeto-matriz atendeu aos dispositivos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre sob o parecer nº 2.753.401. Todos os participantes assinaram o TCLE.

## **Resultados**

A amostra com 672 pessoas com HAS resultou em uma população expandida de 8.134 participantes. De um escore possível de 100, que representa maior QVRS, verificou-se que, na avaliação dos componentes, “aspectos físicos” e “aspectos emocionais” tiveram maior

amplitude interquartil, entretanto as medianas estiveram abaixo de 50 pontos, indicando que essas são as escalas com gradiente menor na QVRS nessa população. As medianas dos componentes “capacidade funcional”, “dor”, “vitalidade”, “estado geral de saúde”, “saúde mental” e “aspectos sociais” ficaram acima de 50, destacando os dois últimos componentes com as maiores entre as escalas (75 e 72, respectivamente) (Figura 1).



**Figura 1.** Box plot dos componentes da qualidade de vida segundo *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* dos indivíduos com HAS cadastrados nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Fonte: Autoria própria.

Os participantes do estudo foram na maioria mulheres, com 60 anos e mais, cor da pele não branca, sem companheiro, com escolaridade até o ensino fundamental II, fumantes ou ex-fumantes e etilistas ou ex-etilistas. Desse total, 9,8% adicionavam sal na comida, 37% relataram sensação de estresse e 50,4% tinham obesidade. Entre os tercís da QVRS, houve diferença estatisticamente significativa para faixa etária: 43,2% com idade até 59 anos estavam no menor tercil da QVRS, e os com 60 anos e mais representaram 34,1%; a adição de sal na comida resultou em 51,8% no tercil inferior da QVRS, e aqueles com sensação de estresse foram 53,2% nesse mesmo tercil. Dentre os que praticavam atividade física, 40,1% estavam situados no primeiro tercil do componente “estado geral de saúde” (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos tercís do componente “estado geral de saúde” segundo as variáveis independentes em pessoas com HAS cadastradas nas unidades da ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Total			Tercís do componente “estado geral de saúde”									p-valor**
	N	N	%	1º			2º			3º			
				n	N	%	n	N	%	n	N	%	
<b>Sexo</b>													0,410
<b>Masculino</b>	205	2.500	30,7	79	970	38,8	68	815	32,6	58	715	28,6	
<b>Feminino</b>	467	5.634	69,3	175	2.108	37,4	142	1.710	30,3	150	1.816	32,2	
<b>Faixa etária</b>													0,028
<b>Até 59 anos</b>	283	3.369	41,4	122	1.454	43,2	84	988	29,3	77	927	27,5	
<b>60 anos e mais</b>	389	4.765	58,6	132	1.625	34,1	126	1.536	32,2	131	1.604	33,7	
<b>Cor da pele</b>													0,957
<b>Branca</b>	125	1.574	19,4	40	514	32,7	54	655	41,6	31	405	25,7	
<b>Não branca</b>	547	6.560	80,6	214	2.564	39,1	156	1.869	28,5	177	2.127	32,4	
<b>Situação conjugal*</b>													0,449
<b>Sem companheiro</b>	346	4.249	52,3	128	1.596	37,6	105	1.259	29,6	113	1.394	32,8	
<b>Com companheiro</b>	325	3.872	47,7	125	1.470	37,9	105	1.265	32,7	95	1.137	29,4	
<b>Escolaridade</b>													0,454
<b>Até ensino fundamental II</b>	512	6.171	75,9	188	2.269	36,8	172	2.059	33,4	152	1.843	29,9	
<b>Ensino médio e superior</b>	160	1.963	24,1	66	810	41,2	38	465	23,7	56	688	35,1	
<b>Tabagismo</b>													0,309
<b>Nunca fumou</b>	257	3.137	38,6	104	1.272	40,5	72	883	28,2	81	982	31,3	
<b>Fumante e ex-fumante</b>	415	4.997	61,4	150	1.807	36,2	138	1.641	32,8	127	1.549	31,0	
<b>Etilismo</b>													0,591
<b>Nunca bebeu</b>	273	3.276	40,3	101	1.229	37,5	81	964	29,4	91	1.083	33,1	
<b>Etilista e ex-etilista</b>	399	4.858	59,7	153	1.850	38,1	129	1.560	32,1	117	1.448	29,8	
<b>Adição de sal na comida*</b>													0,015
<b>Não</b>	605	7.324	90,2	219	2.664	36,4	192	2.302	31,4	194	2.357	32,2	
<b>Sim</b>	66	799	9,8	35	414	51,8	18	221	27,7	13	164	20,5	
<b>Sensação de estresse*</b>													< 0,001
<b>Sim</b>	249	3.005	37,0	132	1.597	53,2	66	789	26,2	51	619	20,6	
<b>Não</b>	422	5.116	63,0	122	1.482	29,0	144	1.735	33,9	156	1.899	37,1	
<b>Obesidade*</b>													0,060
<b>Sim</b>	310	3.717	50,4	133	1.588	42,7	86	1.026	27,6	91	1.103	29,7	
<b>Não</b>	314	3.772	49,6	105	1.271	33,7	107	1.275	33,8	102	1.226	32,5	
<b>Atividade física</b>													0,024
<b>Ativo</b>	134	1.601	19,7	39	462	28,8	45	526	32,8	50	613	38,3	
<b>Inativo</b>	538	6.533	80,3	215	2.617	40,1	165	1.999	30,6	158	1.917	29,3	

\* Dados faltantes; \*\* Teste de Wald.

Fonte: Autoria própria.

Quanto às condições de saúde, foram significativas: internação hospitalar por pressão elevada, depressão, ansiedade, insônia, doenças respiratórias, diabetes e presença de complicações (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição dos tercís do componente “estado geral de saúde” segundo as variáveis independentes em pessoas com HAS cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Total			Tercís do componente “estado geral de saúde”									p-valor**
	N	N	%	1º			2º			3º			
				n	N	%	n	N	%	N	N	%	
<b>Tempo de diagnóstico da HAS (anos)*</b>													0,141
< 10	343	4.084	51,6	120	1.422	34,8	114	1.352	33,1	109	1.310	32,1	
≥ 10	312	3.833	48,4	125	1.542	40,2	91	1.113	29,0	96	1.178	30,7	
<b>Realização de consulta (últimos 3 meses)*</b>													0,504
Não	158	1.912	23,5	53	648	33,9	57	688	36,0	48	576	30,1	
Sim	513	6.211	76,5	201	2.431	36,1	153	1.836	29,6	159	1.944	31,3	
<b>Recebeu visitas domiciliares em até 2 meses*</b>													0,433
Sim	283	3.446	42,5	101	1.249	36,2	85	1.035	30,0	97	1.162	33,7	
Não	386	4.654	57,5	153	1.830	39,3	123	1.466	31,5	110	1.358	29,2	
<b>Internação relacionada a PA elevada*</b>													0,041
Não	496	6.030	75,9	173	2.090	34,7	157	1.898	31,5	166	2.042	33,9	
Sim	161	1.909	24,1	73	885	46,3	49	578	30,3	39	446	23,4	
<b>Adesão terapêutica*</b>													0,118
Sim	101	1.204	17,2	46	552	45,8	27	323	26,8	28	329	27,4	
Não	480	5.801	82,8	165	1.987	34,2	159	1.910	32,9	156	1.904	32,8	
<b>Controle da PA*</b>													0,126
Sim	312	3.705	46,7	132	1.561	42,1	90	1.056	28,5	90	1.088	29,4	
Não	345	4.238	53,3	118	1.465	34,6	113	1.381	32,6	114	1.392	32,8	
<b>Número de medicações*</b>													0,543
Até 2	206	2.457	32,6	71	844	34,3	70	845	34,4	65	768	31,2	
3 e/ou 4	253	3.076	40,8	102	1.233	40,1	75	896	29,1	76	947	30,8	
≥ 5	164	2.001	26,6	66	817	40,8	52	622	31,1	46	562	28,1	
<b>Depressão*</b>													< 0,001
Sim	230	2.748	66,2	117	1.379	50,2	58	710	25,8	55	659	24,0	
Não	441	5.373	33,8	137	1.700	31,6	152	1.814	33,8	152	1.859	34,6	
<b>Ansiedade*</b>													< 0,001
Sim	338	4.083	50,4	157	1.885	46,2	95	1.146	28,1	86	1.052	25,8	
Não	332	4.024	49,6	97	1.193	29,7	115	1.378	34,3	120	1.453	36,1	
<b>Insônia*</b>													< 0,001
Sim	379	4.564	56,2	169	2.035	44,6	109	1.308	28,6	101	1.221	26,8	
Não	292	3.557	43,8	85	1.043	29,3	101	1.217	34,2	106	1.297	36,5	
<b>Doenças respiratórias*</b>													0,021
Sim	128	1.554	19,1	60	739	47,6	38	28,8	447	30	368	23,6	
Não	543	6.567	80,9	194	2.340	35,6	172	2.077	31,6	177	2.150	32,7	
<b>Diabetes</b>													0,034
Sim	242	2.934	36,1	104	1.260	43,0	78	953	32,5	60	721	24,6	
Não	430	5.200	63,9	150	1.818	35,0	132	1.572	30,2	148	1.810	34,8	
<b>Dislipidemia*</b>													0,082
Sim	269	3.269	40,3	120	1.452	44,4	80	967	29,6	69	850	26,0	
Não	402	4.852	59,7	134	1.627	33,5	130	1.557	32,1	138	1.668	34,4	

<b>Presença de complicações</b>													
Sim	173	2.080	74,4	76	925	44,4	52	613	29,5	45	542	26,1	0,018
Não	499	6.054	25,6	178	2.154	35,6	158	1.911	31,6	163	1.989	32,9	

\* Dados faltantes; \*\* Teste de Wald.

Fonte: Autoria própria.

Conforme a análise ajustada por nível hierárquico, para o componente “estado geral de saúde”, idade até 59 anos, sedentarismo, hábito de adicionar sal na comida, sensação de estresse, depressão, doenças respiratórias e diabetes tiveram maiores chances de estar no menor tercil da QVRS. No componente “aspectos físicos”, as variáveis sexo feminino, escolaridade até o ensino fundamental II, presença de sensação de estresse, presença de complicações e ocorrência de internação por pressão arterial elevada também resultaram em maiores chances de estar no menor tercil da QVRS. Nesse caso, a idade até 59 anos foi um fator protetor.

Ainda, quanto aos componentes físicos, a maior limitação por “dor” esteve positivamente associada ao sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, tabagismo atual ou ex-tabagista, presença da sensação de estresse, obesidade e ocorrência de internação por pressão arterial elevada. No caso do componente “capacidade funcional”, sexo feminino, escolaridade até o ensino fundamental II, sedentarismo, presença da sensação de estresse, insônia, doenças respiratórias, ocorrência de internação por pressão arterial elevada e consumo de cinco ou mais medicamentos apresentaram maiores chances de estar no menor tercil da QVRS. A idade até 59 anos foi inversamente associada a esse componente (Tabela 3).

**Tabela 3.** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com hipertensão arterial cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali), Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Estado geral de saúde		Aspectos físicos		Dor		Capacidade funcional	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Distal</b>								
Sexo feminino	-	-	1,70 (1,16-2,49)	1,80 (1,17-2,79)	2,33 (1,70-3,19)	2,43 (1,73-3,41)	2,02 (1,40-2,93)	2,07 (1,42-3,04)
Faixa etária até 59 anos	1,41 (1,04-1,90)	1,44 (1,05-1,98)	0,66 (0,50-0,88)	0,67 (0,47-0,96)	1,21 (0,94-1,57)	1,30 (1,00-1,68)	0,59 (0,40-0,86)	0,68 (0,47-0,99)
Cor da pele	-	-						
Situação conjugal sem companheiro	-	-	1,37 (1,08-1,75)	1,14 (0,87-1,49)	-	-	1,71 (1,25-2,34)	1,36 (0,98-1,90)
Escolaridade até ensino fundamental II	-	-	1,54 (1,12-2,12)	1,45 (1,03-2,05)	1,74 (1,25-2,40)	2,05 (1,39-3,01)	2,14 (1,52-3,03)	2,14 (1,52-3,01)
<b>Intermediário 1</b>								
Fumante e ex-fumante	-	-	-	-	1,59 (1,13-2,25)	1,57 (1,04-2,38)	1,29 (1,04-1,59)	1,19 (0,91-1,56)
Etilista e ex-etilista	-	-	-	-	-	-	0,75 (0,57-0,99)	0,98 (0,75-1,29)
Adição de sal na comida	1,87 (1,15-3,04)	1,91 (1,18-3,10)	-	-	1,55 (0,96-2,51)	1,42 (0,85-2,36)	-	-
Sedentário	1,57 (1,07-2,29)	1,66 (1,12-2,46)	-	-	-	-	2,10 (1,51-2,92)	1,99 (1,53-2,58)

Variáveis	Estado geral de saúde		Aspectos físicos		Dor		Capacidade funcional	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Intermediário 2</b>								
Sensação de estresse	2,58 (1,87-3,57)	1,95 (1,28-2,95)	2,36 (1,73-3,21)	2,33(1,67-3,24)	2,76 (1,93-3,94)	2,20 (1,53-3,18)	1,97 (1,35-2,87)	1,69 (1,06-2,68)
Ansiedade	1,84 (1,43-2,36)	1,04 (0,64-1,69)	-	-	1,62 (1,07-2,46)	0,87 (0,53-1,43)	1,65 (1,18-2,29)	1,31 (0,86-1,99)
Depressão	1,97 (1,48-2,62)	1,54 (1,04-2,27)	-	-	2,00 (1,34-2,97)	1,41 (0,96-2,07)	1,97 (1,35-2,87)	1,33(0,87-2,06)
Insônia	1,75 (1,30-2,36)	1,28 (0,90-1,82)	1,50 (1,12-2,01)	1,24 (0,86-1,77)	2,21 (1,48-3,28)	1,54 (0,93-2,64)	2,08 (1,37-3,16)	1,64 (1,04-2,58)
Diabetes	1,49 (1,04-2,15)	1,27 (0,89-1,81)	1,21 (0,99-1,49)	1,06 (0,77-1,47)	-	-	1,38 (0,96-1,98)	1,15 (0,78-1,68)
Dislipidemia	1,54 (1,10-2,18)	1,24 (0,84-1,82)	1,45 (0,95-2,21)	1,27 (0,77-2,11)	1,53 (1,16-2,02)	1,13 (0,89-1,44)	1,50 (1,08-2,09)	1,11 (0,76-1,61)
Obesidade	1,31 (0,99-1,74)	1,09 (0,86-1,39)	-	-	1,60 (1,09-2,34)	1,49 (1,06-2,10)	1,39 (0,98-1,97)	1,24 (0,92-1,67)
Doenças respiratórias	1,62 (1,09-2,40)	1,53 (1,03-2,25)	1,25 (0,90-1,74)	1,10 (0,79-1,54)	1,50 (1,07-2,10)	1,24 (0,85-1,81)	1,78 (1,29-2,47)	1,52 (1,01-2,28)
Presença de complicações	1,42 (1,07-1,89)	1,20 (0,93-1,55)	1,53 (1,15-2,02)	1,40 (1,01-1,93)	1,33 (0,87-2,04)	1,33 (0,89-1,97)	1,68 (1,13-2,48)	1,37 (0,85-2,19)
Tempo de diagnóstico ≥ 10 anos	1,17 (0,94-1,44)	1,10 (0,86-1,41)	1,26 (0,92-1,73)	1,09 (0,77-1,55)	-	-	1,41 (1,05-1,90)	1,09 (0,73-1,63)
<b>Proximal</b>								
Não realizou consulta (últimos 3 meses)	-	-	-	-	0,76 (0,53-1,11)	0,88 (0,56-1,38)	-	-
Não recebeu visitas domiciliares	-	-	-	-	-	-	1,36 (0,99-1,96)	1,25 (0,84-1,87)
Internação por PA elevada	1,65 (1,02-2,65)	1,20 (0,74-1,95)	2,12 (1,38-3,27)	1,88 (1,23-2,87)	2,03 (1,64-2,52)	1,51 (1,16-1,96)	1,99 (1,30-3,07)	1,70 (1,05-2,73)
Não adesão terapêutica	0,79 (0,50-1,09)	0,79 (0,49-1,29)	-	-	0,62 (0,34-1,13)	0,64 (0,31-1,30)	-	-
Não controle da PA 3 e/ou 4 medicações em uso	0,78 (0,56-1,08)	0,94 (0,71-1,26)	-	-	-	-	-	-
≥ 5 medicações em uso	-	-	-	-	-	-	1,36 (0,92-2,01)	1,55 (1,00-2,36)
	-	-	-	-	-	-	1,62 (1,05-2,50)	1,80 (1,09-2,97)

OR: *Odds ratio* para dados ordinais, considerando a maior qualidade de vida como categoria de referência; IC: intervalo de confiança; PA: pressão arterial.

Fonte:



Ao se analisarem os componentes mentais da QVRS, “saúde mental” manteve significância estatística após ajuste para o sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, adição de sal na comida, sensação de estresse, depressão e insônia. Para o componente “aspectos sociais”, escolaridade até ensino fundamental II, hábito de adicionar sal na comida, presença de sensação de estresse, depressão e insônia estiveram diretamente associados ao menor tercil da QVRS, ao passo que o número de medicações maior ou igual a três reduziu a chance de estar no menor tercil desse componente.

Seguindo a análise dos componentes mentais, “aspectos emocionais” esteve positivamente associado a sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, presença da sensação de estresse e ocorrência de internação relacionada à pressão arterial elevada. Para o componente “vitalidade”, presença de sensação de estresse, insônia, depressão, dislipidemia e ocorrência de internação por pressão arterial elevada estiveram associadas ao primeiro tercil da QVRS nesse componente (Tabela 4).

**Tabela 4.** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com hipertensão arterial cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Saúde mental		Aspectos sociais		Aspectos emocionais		Vitalidade	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Distal</b>								
Sexo feminino	1,44 (1,11-1,88)	1,45 (1,11-1,89)	-	-	1,79 (1,30-2,47)	1,81 (1,32-2,49)	1,46 (0,98-2,19)	1,45 (0,95-2,22)
Faixa etária até 59 anos	1,22 (0,90-1,65)	1,27 (0,96-1,67)	-	-	-	-	1,26 (0,98-1,53)	1,25 (0,98-1,61)
Cor da pele não branca	-	-	-	-	1,32 (0,88-1,98)	1,25 (0,81-1,94)	-	-
Escolaridade até ensino fundamental II	1,37 (0,94-2,01)	1,49 (1,02-2,19)	1,61 (1,10-2,36)	1,55 (1,04-2,31)	1,46 (1,08-1,99)	1,52 (1,13-2,04)	1,26 (0,91-1,75)	1,34 (0,94-1,92)
<b>Intermediário 1</b>								
Etilista e ex-etilista	-	-	-	-	0,79 (0,59-1,03)	0,94 (0,70-1,26)	-	-
Adição de sal na comida	2,09 (1,30-3,37)	2,10 (1,28-3,44)	2,00 (1,18-3,40)	1,88 (1,09-3,25)	-	-	1,69 (0,93-3,10)	1,69 (0,93-3,10)
<b>Intermediário 2</b>								
Sensação de estresse	4,77 (3,37-6,73)	3,71 (2,43-5,65)	2,64 (1,75-3,97)	2,12 (1,30-3,43)	2,57 (1,92-3,44)	2,08 (1,48-2,93)	4,24 (3,14-5,73)	3,48 (2,48-4,88)
Ansiedade	3,07 (2,20-4,28)	1,49 (1,0-2,23)	1,46 (1,12-1,90)	0,85 (0,66-1,09)	1,38 (0,94-2,02)	0,97 (0,65-1,44)	1,71 (1,19-2,44)	0,91 (0,61-1,35)
Depressão	3,96 (2,62-6,00)	2,57 (1,57-4,20)	1,90 (1,28-2,83)	1,58 (1,02-2,45)	1,51 (1,08-2,11)	1,17 (0,90-1,51)	2,38 (1,65-3,44)	1,79 (1,18-2,71)
Insônia	2,95 (2,33-3,75)	1,71 (1,14-2,56)	1,86 (1,51-2,29)	1,49 (1,18-1,88)	1,74 (1,29-2,37)	1,39 (0,96-2,00)	2,27 (1,83-2,80)	1,51 (1,21-2,87)
Diabetes	-	-	1,68 (1,19-2,38)	1,44 (0,97-2,13)	-	-	-	-
Dislipidemia	1,53 (1,02-2,29)	1,13 (0,74-1,74)	1,60 (1,05-2,42)	1,25 (0,76-2,07)	1,55 (1,09-2,21)	1,29 (0,81-2,03)	1,99 (1,49-2,67)	1,69 (1,20-2,37)
Obesidade	-	-	1,19 (0,91-1,57)	1,07 (0,80-1,43)	1,22 (0,93-1,60)	1,12 (0,82-1,52)	-	-
Doenças respiratórias	1,60 (1,22-2,12)	1,36 (0,95-1,94)	1,78 (1,08-2,92)	1,36 (0,85-2,19)	-	-	1,50 (1,09-2,06)	1,32 (0,91-1,91)
Presença de complicações	1,58 (1,18-2,14)	1,26 (0,91-1,74)	1,31 (1,00-1,70)	1,04 (0,77-1,39)	1,32 (0,98-1,79)	1,23 (0,90-1,69)	1,54 (1,19-1,99)	1,31 (0,98-1,76)
Tempo de diagnóstico ≥ 10 anos	-	-	-	-	-	-	1,23 (0,97-1,57)	1,08 (0,80-1,47)

Continuação da Tabela 4.

Variáveis	Saúde mental		Aspectos sociais		Aspectos emocionais		Vitalidade	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Proximal</b>								
Não recebeu visitas domiciliares	-	-	-	-	-	-	1,35 (0,97-1,88)	1,23 (0,95-1,59)
Internação por PA elevada	1,77 (1,23-2,56)	1,28 (0,91-1,80)	1,82 (1,05-3,18)	1,69 (0,92-3,12)	2,02 (1,41-2,88)	1,86 (1,31-2,64)	1,99 (1,40-2,84)	1,51 (1,02-2,24)
Não adesão terapêutica	-	-	-	-	0,61 (0,34-1,10)	0,71 (0,38-1,35)	0,62 (0,40-0,95)	0,72 (0,49-1,07)
3 e/ou 4 medicações em uso	-	-	0,56 (0,40-0,79)	0,53 (0,38-0,75)	-	-	-	-
≥ 5 medicações em uso	-	-	0,68 (0,49-0,95)	0,65 (0,47-0,90)	-	-	-	-

OR: *Odds ratio* para dados ordinais, considerando a maior qualidade de vida como categoria de referência; IC: intervalo de confiança; PA: pressão arterial.

Fonte:

A presença de sensação de estresse nos indivíduos com HAS permaneceu associada à maior chance de estar no tercil inferior da QVRS em todos os domínios quando comparado àqueles que não reportaram estresse.

## **Discussão**

O presente estudo evidenciou que os componentes “aspectos sociais” e “estado geral de saúde” apresentaram maiores medianas, e “aspectos físicos” e “aspectos emocionais” foram as escalas mais afetadas nas pessoas com HAS. A presença da sensação de estresse foi associada a todos os componentes analisados. Ademais, observou-se que a faixa etária e a presença de insônia mostraram associações significativas, respectivamente, com os domínios físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde.

Além disso, constatou-se que participantes do sexo feminino estiveram associados positivamente ao menor tercil da QVRS nos componentes “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “dor”, “aspectos emocionais” e “saúde mental”, semelhantemente aos achados de um estudo realizado na China com 567 pessoas com HAS, com o questionário SF-36, no qual, após a estratificação por sexo, foi identificado que mulheres eram mais propensas a ter menor QVRS (Xiao *et al.*, 2019). Isso pode ser explicado pela sobrecarga nas atividades domésticas, além do trabalho externo, colocando-as em jornada tripla de trabalho, associado ao aumento do estresse evidenciado pela presença da morbidade, que interferem na saúde física e mental (Araújo *et al.*, 2015).

Os resultados revelaram que a menor QVRS associada a faixa etária até 59 anos foi mantida no componente “estado geral de saúde”, no entanto em “aspectos físicos” e “capacidade funcional” a menor QVRS esteve vinculada à faixa etária acima de 60 anos. Essas descobertas sugerem que jovens e adultos hipertensos classificam a saúde como ruim, e nos idosos pode estar relacionada com comprometimentos físicos que limitam suas atividades no dia a dia, principalmente advindos de processos fisiológicas da idade, mas também com o processo do avanço das doenças crônicas (Zhang *et al.*, 2016). Pessoas com HAS são suscetíveis a uma série de sintomas clínicos, como dor de cabeça, tontura, ansiedade, que restringem seu cotidiano, o que pode reduzir o tempo que passam no trabalho ou em outras atividades (Li *et al.*, 2018). No entanto, tal achado diverge de outro estudo realizado em uma cidade na China que aponta que pessoas com HAS com maior idade eram mais propensas a ter baixa QVRS (Xiao *et al.*, 2019).

Também os pacientes com HAS com menor escolaridade (até ensino fundamental II) tiveram associação com ao primeiro tercil da QVRS a todos componentes, exceto “vitalidade”. Estudos anteriores mostraram que aqueles com maior nível de escolaridade apresentam melhor desempenho psicológico e nas relações sociais, compreendendo melhor seu estado de saúde e possibilitando a busca por mecanismos que propiciem a melhora nas condições vivenciadas (Chen *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2018).

Outro achado da presente pesquisa foi que pacientes hipertensos tabagistas e ex-tabagistas têm menor QVRS no componente “dor”. Estudo com tabagistas, utilizando o SF-36, apontou que quanto maior é a dependência de nicotina, maiores são os níveis de dor (Lima *et al.*, 2017). Alguns autores buscam explicar esse efeito sugerindo que a nicotina, pelos seus efeitos excitatórios, altera a percepção da dor, aumentando seu autorrelato. Entretanto, outro trabalho aponta que o fumo eleva o nível de citocinas pró-inflamatórias circulantes, que sinalizam ao sistema nervoso central e podem levar à ampliação da dor (Brage; Bjerkedal, 1996; Shiri *et al.*, 2010).

O presente estudo constatou que indivíduos com HAS que têm o hábito de adicionar sal na comida apresentam a menor QVRS nos componentes “estado geral de saúde”, “saúde mental” e “aspectos sociais”. Ressalta-se que uma das principais recomendações para essas pessoas é a diminuição da ingestão desse produto, com vistas à redução da PA (Mill *et al.*, 2021). Tal achado foi publicado em uma revisão sistemática com metanálise de ensaios randomizados que apontou que a redução em longo prazo do consumo de sal (em média de 4,4g/dia) foi associada à queda significativa de 3 a 5mmHg na pressão arterial sistólica em pessoas com HAS (He; Li; MacGregor, 2013). O efeito dessa ingestão elevada crônica causa o aumento gradual da PA e, por consequência, o surgimento de agravos à saúde, como maior risco de complicações cardiovasculares, relacionada também ao aumento das internações e mortalidade. Isso corrobora os resultados do estudo da carga global das doenças, em que a pressão arterial sistólica elevada foi o principal fator responsável por 10,4 milhões de mortes e 218 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (em inglês, *Disability Adjusted Life Years – DALY*) (Stanaway *et al.*, 2018).

O sedentarismo foi associado ao menor tercil da QVRS nos componentes “estado geral de saúde” e “capacidade funcional”. Esse achado é similar ao do estudo transversal realizado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, em pessoas com hipertensão resistente, no qual ser fisicamente ativo significou melhor QVRS nos componentes “capacidade funcional”, “dor”, “estado geral da saúde”, “vitalidade”, “limitação por aspectos físicos” e “saúde mental” (Pereira *et al.*, 2019). A prática de atividade física de forma regular tem relação importante na

diminuição da pressão arterial em hipertensos, assim como o treinamento aeróbico possui comprovado efeito redutor dela em consultório e ambulatório (Barroso *et al.*, 2021).

A sensação de estresse autorrelatada foi associada a menor QVRS em todos os componentes, revelando que esse fator afeta todas as dimensionalidades e percepções dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde. De acordo com uma revisão sistemática com metanálise de estudos de coorte prospectivos, indivíduos com elevação da PA durante ou após eventos estressantes tinham maiores chances de desenvolver HAS ou de manter a PA elevada (Gasperin *et al.*, 2009). Essa persistência influi na origem, manutenção e agravamento da HAS, uma vez que participa em sua fisiologia e, possivelmente, esta irá agravar o próprio estresse, por meio da preocupação com as consequências da doença, com o esquema terapêutico e o medo da morte, desenvolvendo um ciclo vicioso (Malagris *et al.*, 2009). Os estressores emocionais reais ou antecipatórios (ansiedade) desencadeiam respostas fisiológicas que, quando crônicas ou exageradas, podem ser prejudiciais à saúde e afetar a QV (Fontes *et al.*, 2023).

Concomitantemente a isso, ansiedade e depressão também se mantiveram associadas ao primeiro tercil da QVRS nos componentes mentais e físicos. Esse achado corrobora pesquisa transversal realizada em Curitiba, Paraná, com 387 pacientes com HAS, com utilização do SF-36, que identificou escores significativamente menores ( $p > 0,05$ ) em todos os domínios para pessoas hipertensas com depressão (Mantovani *et al.*, 2017). Em estudo de caso-controle envolvendo 302 pacientes hipertensos e normotensos, as chances de indivíduos hipertensos apresentarem ansiedade e depressão eram, respectivamente, de 2,83 (IC 95%: 1,55-5,18) e 4,34 (IC 95%: 2,34-8,06) vezes maior do que daqueles normotensos. Além disso, os pacientes com sintomas depressivos e ansiedade tinham menor QV medida pelo SF-36 (Saboya; Zimmermann; Bodanese, 2010). Isso sugere que a depressão combinada com HAS e ansiedade pode ter um impacto adverso nas funções física, ocupacional e social; no entanto, são necessários mais estudos atualizados que auxiliem nesse achado, pois não se pode presumir causalidade no presente estudo, com delineamento transversal.

Outro achado da presente pesquisa foi a associação da menor QVRS com a dislipidemia no componente “vitalidade”, indicando aumento da fadiga do paciente e diminuição da atividade vital. Essa condição representa um fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares, principalmente na aceleração do processo de aterosclerose (Alves Feio *et al.*, 2020). Além disso, a obesidade foi associada ao componente “dor” no menor tercil da QVRS e pode ser entendida como um tema complexo que envolve diversos fatores, como a carga biomecânica nas articulações (por exemplo, joelhos e coluna vertebral), contribuindo para

surgimento ou agravamento da dor, com alteração da marcha e postura, podendo resultar em dor e limitações na função articular (Anandacoomarasamy *et al.*, 2008).

Em estudo realizado com utilização do questionário SF-12 (versão breve do SF-36), a presença do maior número de comorbidades mostrou-se relacionada à menor QVRS (Chin; Lee; Lee, 2014), explicada pelo aumento da gravidade da doença, impactos físicos, levando a piora do estado de saúde. Entretanto, esse achado diverge de trabalho realizado na China em que o número de comorbidades não influenciou a QVRS (Chen *et al.*, 2021).

Nesta investigação, o primeiro tercil da QVRS no componente “aspectos físicos” esteve associada à presença de complicações cardíacas e renais. Pesquisa realizada com 268 pacientes com HAS constatou que os riscos de complicações e a presença de processos ateroscleróticos foram fatores associados à diminuição da QVRS (Germanova *et al.*, 2023). Viver com doenças cardiorrespiratórias pode levar a uma vida com incapacidades físicas que dificultam a realização das atividades diárias e de trabalho.

O presente estudo evidenciou ainda que a menor QVRS esteve associada a internação hospitalar por PA elevada nos componentes “aspectos físicos”, “dor”, “capacidade funcional”, “aspectos emocionais” e “vitalidade”. Isso pode ser compreendido considerando-se diversos fatores, tais como a coexistência de complicações cardiovasculares, que estão entre as principais causas de internação, e o próprio envelhecimento em função do comprometimento do estado de saúde, que afeta aspectos físicos e emocionais dessa população (Rezende *et al.*, 2021).

O número de medicações maior do que três foi um fator inversamente associado à menor QVRS no componente “aspectos sociais”. Tal observação pode estar relacionada a maior adesão ao esquema terapêutico, visto que os pacientes com HAS utilizam mais de um fármaco para o tratamento e controle adequado da PA (Mengue *et al.*, 2016). Dessa forma, o maior consumo de medicações pode estar vinculado a melhoria no alívio de sintomas prejudiciais para a interação social com amigos e familiares e conseqüentemente melhorando sua QV. No entanto, o uso igual ou superior a cinco medicações esteve associado a menor QVRS no componente “capacidade funcional”, o que indica o potencial risco da polifarmácia em pacientes com HAS, evidenciando possíveis conseqüências físicas que impactam as atividades diárias e o desempenho no trabalho. A combinação de vários medicamentos pode levar a efeitos adversos, como tosse, alergias, cefaleia, hipotensão e dores abdominais, além de alterações no ritmo cardíaco e respiratório, especialmente em pacientes idosos (Silva *et al.*, 2017).

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento transversal, de modo que os dados obtidos não podem analisar a causalidade entre as variáveis estudadas. Ademais, algumas morbidades foram identificadas por autorrelato, embora morbidades crônicas

autorreferidas possam expressar uma medida aproximada das informações coletadas por meio de exames clínicos. Finalmente, a exclusão de indivíduos com comprometimento cognitivo e de comunicação pode ter subestimado os resultados apresentados.

Entretanto, essas limitações não invalidam a pesquisa, pois esta traz robustez na representatividade da amostra de pessoas com HAS cadastradas nas unidades de ESF e o caráter inédito das variáveis analisadas de acordo com os componentes para a região, embora estudos sobre a qualidade de vida relaciona à saúde venham crescendo no Brasil.

## Conclusão

Os achados do presente estudo revelam que a menor QVRS em pessoas com HAS está associada ao sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, hábito de adicionar sal na comida, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, sensação de estresse, ansiedade, insônia e depressão, internação por pressão elevada, maior número de medicações e presença de comorbidades (doenças respiratórias e diabetes). Portanto, um desafio à Estratégia Saúde da Família é criar mecanismos para um cuidado holístico e eficaz de modo a desenvolver hábitos saudáveis e a melhoria do autocuidado, evitando a diminuição da qualidade de vida e possibilitando uma vivência com maior qualidade.

## Referências

- ABREU, M. N. S.; SIQUEIRA, A. L.; CAIAFFA, W. T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 183-194, fev. 2009.
- ALVES FEIO, C. M. *et al.* Dislipidemia e hipertensão, uma relação nefasta. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 27, n. 2, p. 64-67, dez. 2020.
- AMARAL, T. L. M. A. *et al.* Estudo das doenças crônicas sob a ótica da qualidade em saúde: aspectos metodológicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 4, e11896, out./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11896>
- ANANDACOOMARASAMY, A. *et al.* The impact of obesity on the musculoskeletal system. **International Journal of Obesity**, v. 32, n. 2, p. 211-222, Feb. 2008.
- ARAÚJO, J. S. S. D. *et al.* Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 411-422, jun. 2015.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
- BRAGE, S.; BJERKEDAL, T. Musculoskeletal pain and smoking in Norway. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 50, n. 2, p. 166-169, Apr. 1996.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/linha\\_cuidado\\_adulto\\_hipertensao\\_arterial.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertensao_arterial.pdf). Acesso em: 16 fev. 2023

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CHEN, Q. *et al.* Health-related quality of life of middle-aged and elderly people with hypertension: A cross-sectional survey from a rural area in China. **PLoS One**, v. 16, n. 2, e0246409, Feb. 2021. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246409>

CHIN, Y. R.; LEE, I. S.; LEE, H. Y. 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 Nursing Research**, v. 8, n. 4, p. 267-273, Dec. 2014.

FONTES, M. A. P. *et al.* Neurogenic Background for Emotional Stress-Associated Hypertension. **Current Hypertension Reports**, v. 25, n. 7, p. 107-116, Jul. 2023.

GASPERIN, D. *et al.* Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 715-726, abr. 2009.

GERMANOVA, O. A. *et al.* Application of SF-36 Health Status Survey in Patients with Arterial Hypertension. **Psiquiatria Danubina**, v. 35, n. suppl 2, p. 318-321, Oct. 2023.

GIACHELLO, A. L. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v. 20, n. 5, p. 235-254, Oct. 1996.

GOMES, D. B. C. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos hipertensos atendidos em clínica de fisioterapia. **Sanare**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2015.

HE, F. J.; LI, J.; MACGREGOR, G. A. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. **BMJ**, v. 346, f1325, Apr. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1325>

LI, J. *et al.* Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. **Medicine**, v. 97, n. 25, e10937, Jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000010937>

LIMA, M. B. P. D. *et al.* Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 273-279, set. 2017.

MALAGRIS, L. E. N. *et al.* Evidências biológicas do treino de controle do stress em pacientes com hipertensão. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 60-68, 2009.

MANTOVANI, M. D. F. *et al.* Depressão e qualidade de vida em adultos com hipertensão. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, e51630, set. 2017. DOI : <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51630>

MENGUE, S. S. *et al.* Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl. 2, 8s, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006154>

MILL, J. G. *et al.* Fatores associados ao consumo de sal na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 555-567, fev. 2021.

- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; FJP. Fundação João Pinheiro. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**. Brasília, DF: PNUD, IPEA; Belo Horizonte: FJP, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta>. Acesso em: 16 fev. 2023.
- PEREIRA, N. P. *et al.* Efeito da prática regular de atividade física na qualidade de vida relacionada à saúde de hipertensos resistentes. **HU Revista**, v. 45, n. 3, p. 270-275, nov. 2019.
- REZENDE, G. R. D. *et al.* Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos residentes em Rio Branco, Acre, Brasil: estudo transversal de base populacional 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 2, e2020386, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200013>
- RÔLA, C. V. S.; COSTA E SILVA, S. P.; NICOLA, P. A. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. **ID on line**. Revista de Psicologia, v. 12, n. 42, p. 111-120, out. 2018.
- SABOYA, P. M. H. P.; ZIMMERMANN, P. R.; BODANESE, L. C. Association between Anxiety or Depressive Symptoms and Arterial Hypertension, and Their Impact on the Quality of Life. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 40, n. 3, p. 307-320, Sep. 2010.
- SANTOS, R. L. B. D.; CAMPOS, M. R.; FLOR, L. S. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1007-1020, mar. 2019.
- SHIRI, R. *et al.* The Association between Smoking and Low Back Pain: A Meta-analysis. **The American Journal of Medicine**, v. 123, n. 1, p. 87.e7-87.e35, Jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.05.028>
- SILVA, P. L. N. *et al.* Atenção farmacêutica e os potenciais riscos da polifarmácia em idosos usuários de uma farmácia-escola de Minas Gerais: aspectos socioeconômicos, clínico e terapêutico. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 247-252, Jun. 2017.
- SIMÕES, T. C. *et al.* Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3991-4006, set. 2021.
- STANAWAY, J. D. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1923-1994, Nov. 2018.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, Jun. 1992.
- WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274512>. Acesso em: 27 fev. 2023
- WHO. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation**. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/) Acesso em: 20 fev. 2023
- XIAO, M. *et al.* Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China. **International Journal of Environmental**

**Research and Public Health**, v. 16, n. 13, p. 2348, Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16132348>

ZHANG, Y. *et al.* Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension: evidence from the urban and rural areas of Shaanxi Province, China. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 277, Dec. 2016. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1536-x>

## 6.2 ARTIGO 2. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES CADASTRADAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO, ACRE

### Resumo

**Introdução:** No Brasil, o diabetes *mellitus* (DM) é reconhecido como um importante problema de saúde pública devido à prevalência crescente e aos agravos gerados na saúde dessa população. **Objetivo:** Avaliar os componentes da qualidade de vida relacionados à saúde e os fatores a ela associados nas pessoas com diabetes cadastradas nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019. **Método:** Estudo transversal realizado com indivíduos com diabetes tipo 2 das unidades de ESF com idade igual ou superior a 18 anos. A variável dependente do estudo é a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) obtida por meio do *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). Adotou-se a regressão ordinal hierárquica multivariada com nível de confiança de 95%. **Resultados:** Os achados apontam que a menor QVRS em pessoas com diabetes está associada ao sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, sedentarismo, sensação de estresse, ansiedade, insônia, depressão, hipertensão, internação por glicemia instável e polifarmácia. **Conclusão:** Esses dados são importantes para se repensarem ou se aprimorarem estratégias de intervenção em saúde, bem como se delinearem políticas públicas que atendam às condições locais e regionais. Destaca-se que é essencial o conhecimento dos componentes mais comprometidos, possibilitando o planejamento de ações de promoção e prevenção das complicações dessa população na atenção primária.

**Palavras-chave:** Diabetes *mellitus*. Qualidade de vida relacionada à saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

### Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica que apresenta etiologia complexa e multifatorial. É influenciado por fatores genéticos e ambientais, resultante da disfunção na produção da insulina pelo pâncreas e/ou da incapacidade de desempenhar suas funções no organismo (Bertoluci, 2023). No mundo, houve um aumento de 43% no número total de óbitos atribuídos ao diabetes tipo 2 de 2007 a 2017, culminando em 1,37 milhão de mortes no último ano mencionado (Roth *et al.*, 2018).

No Brasil, o diabetes é reconhecido como um importante problema de saúde pública, com prevalência autorreferida de 10,2%, variando entre 5,6% em Rio Branco, Acre, e 12,1% em São Paulo, São Paulo (Brasil, 2023). A elevada prevalência de DM e de suas complicações ressalta a relevância de se direcionarem investimentos para iniciativas de prevenção, controle da doença e cuidados de longo prazo (Santos; Campos; Flor, 2019). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, diagnóstico precoce, tratamento medicamentoso, acompanhamento com visitas domiciliares, mudanças no estilo de vida e incentivo à alimentação saudável e à prática de exercícios são as principais medidas para diminuição do agravos à saúde nessa população (Silva *et al.*, 2016).

Inquérito de base populacional realizado no Brasil com uso do SF-36 revelou que a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pessoas com DM foi menor do que naqueles sem a doença (Santos; Campos; Flor, 2019). Esse contexto sugere que é imprescindível a avaliação da QVRS nesses indivíduos, visando a uma compreensão dos fatores associados às condições de saúde, desfechos terapêuticos e monitoramento das complicações (Rôla; Costa e Silva; Nicola, 2018).

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os componentes da qualidade de vida relacionados à saúde e os fatores a ela associados em pessoas com DM cadastradas nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Rio Branco, Acre, em 2019.

## **Método**

Este é um estudo descritivo de natureza transversal, conduzido com dados provenientes do Estudo das Doenças Crônicas sob a perspectiva da Qualidade em Saúde (Edoc-Quali).

A cidade de Rio Branco, Acre, abrange uma extensão territorial de 8.834,942 km<sup>2</sup>, situada na Regional Baixo Acre, na região amazônica brasileira, e faz fronteira com Peru e Bolívia. De acordo com o censo de 2010, a população contava com 336.038 habitantes, predominantemente residindo na área urbana (91,8%) (IBGE, 2010), e apresentava o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,727 em 2010 (PNUD, 2013).

Os estudos ocorreram nas unidades da ESF localizadas na área urbana do município. Vale ressaltar que Rio Branco abriga 68 ESFs, divididas em dois distritos e distribuídas em 44 unidades, das quais 38 se situam na zona urbana, representando o escopo abordado por este trabalho.

Os critérios de inclusão foram pessoas com diagnóstico de DM, com idade de 18 anos ou mais, cadastradas nas unidades da ESF, localizadas na zona urbana da capital acreana. Já os critérios de exclusão foram indivíduos com comprometimentos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas e mulheres grávidas.

A coleta de dados, que ocorreu de maio a julho de 2019, foi submetida a padrões de controle de qualidade. A equipe, composta por 16 profissionais de saúde, foi supervisionada pela coordenação da pesquisa, e todos os entrevistadores receberam treinamento, estudaram minuciosamente os protocolos e instrumentos utilizados e conduziram uma análise para avaliar a duração, esclarecer dúvidas e memorizar os itens a serem questionados. Para informações detalhadas sobre as demais etapas da amostragem, consulte o estudo de Amaral *et al.* (2023), que aborda o Edoc-Quali.

A avaliação da variável dependente qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foi realizada por meio da aplicação do instrumento *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), validado para a população brasileira por Ciconelli *et al.* (1999). O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens e considera oito componentes: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. A eles se acrescenta uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. O questionário também pode ser dividido em dois componentes: saúde física (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde) e saúde mental (vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental). Os componentes são representados por um escore que varia de 0 (nenhuma qualidade de vida percebida) a 100 (máxima qualidade de vida percebida) (Ware; Sherbourne, 1992). Os escores foram divididos em tercís, distribuídos em primeiro tercil (menor qualidade de vida), segundo tercil (média qualidade de vida) e terceiro tercil (maior qualidade de vida).

Como variáveis independentes, foram avaliadas as seguintes características sociodemográficas: sexo (masculino; feminino), idade (até 59 anos; 60 anos e mais), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro), escolaridade (ensino médio e superior; até ensino fundamental II) e cor da pele (branca; não branca).

Quanto às variáveis de condições de saúde e hábitos de vida, foram incluídas: IMC – determinado pelo cálculo da razão do peso (kg) pela altura em metros ao quadrado (m<sup>2</sup>) –, em que considerou-se obesidade global quando  $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$  (WHO, 2000); sensação de estresse (sentir estresse foi definido por frequentemente e sempre, ao passo que não sentir estresse foi definido por nunca, raramente e às vezes); tabagismo (fumante e ex-fumante; nunca fumou); e

etilismo (etilista e ex-etilista; nunca bebeu). Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física para classificar os participantes como ativos (atividade moderada  $\geq 150$  minutos por semana; atividade vigorosa  $\geq 75$  minutos por semana) e sedentários (atividade moderada  $< 150$  minutos por semana; atividade vigorosa  $< 75$  minutos por semana).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a polifarmácia consiste no uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos por um paciente (WHO, 2017). Logo, para presença de polifarmácia foi considerado o uso de quatro ou mais medicações.

Para analisar a assistência recebida do serviço de saúde, foram considerados a realização de consulta nos últimos três meses (sim; não) e o recebimento de visita domiciliar nos últimos dois meses (sim; não).

Quanto à avaliação do controle de DM, foram observadas a internação associada à glicemia instável (sim; não) e a adesão terapêutica (teste de Batalla para diabéticos). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) próximos de 7% correspondem a glicemias médias diárias de aproximadamente 154mg/dL, variando de 122 a 184mg/dl, sendo considerados como referência para a meta mais usada no seu controle (SBD, 2019). Logo, para análise de controle glicêmico nessa população, foi considerado controle do DM a HbA1c %  $< 7,0$ , e não controlada, a HbA1c  $\geq 7,0$ .

Para as morbidades autorreferidas, foram observadas: depressão, ansiedade, insônia, hipertensão arterial, dislipidemia e doença respiratória (definida por asma, bronquite e enfisema). Foram consideradas como presença de complicações autorreferidas as seguintes: doença renal crônica, acidente vascular cerebral, infarto e insuficiência cardíaca.

Para análise de dados deste estudo, os oito componentes da QVRS foram classificados em escores ordinais, baseando-se nos tercis da própria amostra. A regressão logística ordinal representa uma das alternativas estatísticas mais importantes em estudos sobre QVRS e seus possíveis correlatos (Abreu; Siqueira; Caiaffa, 2009), permitindo a inclusão de variáveis com mais de duas categorias e produzindo razão de chances. Os pressupostos foram atendidos, visto que a ausência de multicolinearidade foi testada por meio da função *Variance Inflation Factor* (VIF) com valores  $< 2$ , e para a avaliação do pressuposto de chances proporcionais, utilizou-se o teste de linhas paralelas, por meio da função *logit*, adotando-se o valor de p-valor maior do que 0,05, sendo  $p = 0,221$ .

Na análise multivariada, a regressão logística ordinal hierarquizada, modelos de chances proporcionais, foi realizada para examinar as associações dos componentes da QVRS em escores ordinais (tercil 1 = menor; tercil 2 = intermediário; e tercil 3 = maior) com as variáveis independentes. Foi feito o processo de modelagem por bloco, em que inicialmente a QVRS foi

ajustada pelas variáveis distais sexo, faixa etária, cor da pele, situação conjugal e escolaridade. No bloco intermediário 1, foram introduzidas as variáveis tabagismo, etilismo e atividade física; no bloco intermediário 2, as variáveis sensação de estresse, ansiedade, depressão, insônia, hipertensão, doenças respiratórias, dislipidemia, obesidade, complicações e tempo de diagnóstico da doença; e por fim, no bloco proximal foram, incorporadas as variáveis realização de consulta nos últimos três meses, recebimento de visitas domiciliares nos últimos dois meses, internação por glicemia instável, controle do DM, adesão terapêutica e polifarmácia.

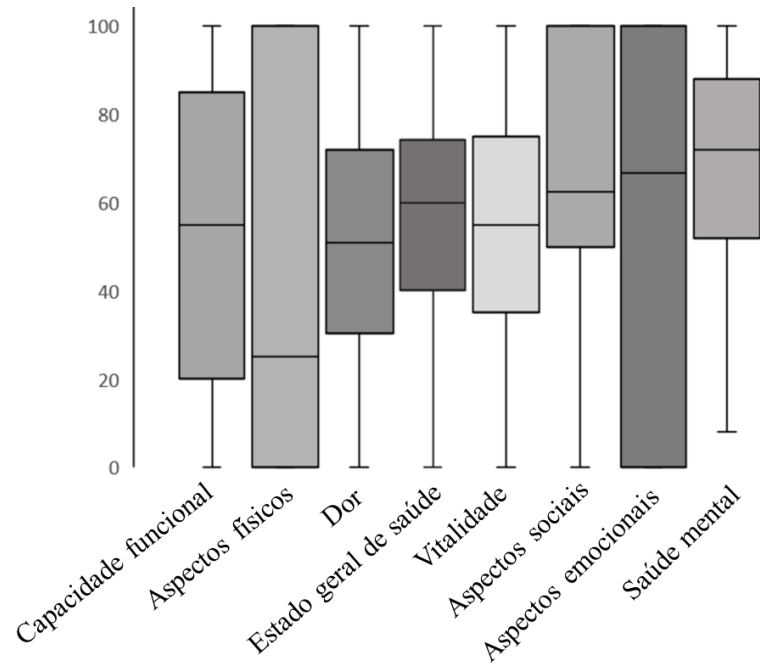
A entrada das variáveis respeitou o nível de significância ( $p < 0,20$ ) observado na análise bivariada e a plausibilidade biológica. As variáveis que mantiveram significância estatística ( $p < 0,05$ ) em cada nível foram retidas no modelo final, mesmo que tenham perdido significância quando as de outros níveis foram incluídas. Todas as análises levaram em consideração o efeito do desenho amostral e os pesos das observações para a população por “estimativa (N)”. As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para Windows.

O projeto-matriz atendeu aos dispositivos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o parecer nº 2.753.401. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLE).

## **Resultados**

A amostra com 324 pessoas com DM resultou em uma população expandida de 2.492 participantes. No *box plot* apresentado, o componente com a menor mediana foi “aspectos emocionais” (25,0), e com maior mediana, “saúde mental” (72,0). “Capacidade funcional” e “vitalidade” foram simétricos (mediana 55,0), entretanto “capacidade funcional” obteve maior intervalo interquartil de 65,0 (Figura 1).





**Figura 1.** Box plot dos componentes da qualidade de vida segundo *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) de pessoas com DM cadastradas nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Fonte: Autoria própria.

As diferenças significativas nos componentes “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos” foram encontradas para sexo, faixa etária, escolaridade, sensação de estresse, insônia, hipertensão arterial e polifarmácia. Apenas para o primeiro componente foram significativas situação conjugal, atividade física, depressão, ansiedade e presença de complicações; e para o segundo, a internação por glicemia instável.

Já nos componentes “dor” e “estado geral de saúde” foram identificadas significâncias estatísticas para sensação de estresse, depressão, ansiedade e insônia, sendo ainda significativas apenas para o primeiro componente: sexo, cor da pele, obesidade, hipertensão arterial, internação por glicemia instável, consulta no últimos três meses e polifarmácia (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição do primeiro tercil dos componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde segundo variáveis independentes de pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Total		Capacidade funcional			Aspectos físicos			Dor			Estado geral de saúde		
	n	N	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor*	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**
			N	%		N	%		N	%		N	%	
<b>Sexo</b>					<b>0,036</b>			<b>0,036</b>			<b>0,007</b>			0,898
Feminino	203	1.561	589	37,7		854	54,7		646	41,4		572	36,6	
Masculino	121	931	279	30,0		406	43,6		241	25,9		329	35,4	
<b>Faixa etária</b>					<b>0,005</b>			<b>0,004</b>			0,156			0,125
Até 59 anos	145	1.096	274	25,0		480	43,8		415	37,8		461	42,0	
60 anos e mais	179	1.396	593	42,5		780	55,9		472	33,8		441	31,6	
<b>Cor da pele</b>					0,499			0,304			<b>0,020</b>			0,690
Branca	69	541	173	32,0		252	46,5		130	24,1		166	30,7	
Não branca	255	1.951	695	35,6		1.008	51,7		756	38,8		735	37,7	
<b>Situação conjugal*</b>					<b>0,029</b>			0,204			0,984			0,160
Sem companheiro	132	1.008	438	43,5		554	54,9		374	37,1		342	33,9	
Com companheiro	191	1.477	430	29,1		706	47,8		512	34,7		560	37,9	
<b>Escolaridade</b>					<b>0,017</b>			<b>0,011</b>			0,060			0,626
Até ensino fundamental II	252	1.930	751	38,9		1.050	54,4		729	37,8		685	35,5	
Médio e superior	72	562	116	20,7		209	37,3		157	28,0		216	38,5	
<b>Tabagismo*</b>					0,065			0,245			0,281			0,911
Não fumante	127	959	264	27,5		455	47,4		300	31,3		340	35,5	
Fumante e ex-fumante	196	1.527	604	39,6		799	52,3		587	38,4		561	36,8	
<b>Etilismo*</b>					0,818			0,869			0,387			0,157
Nunca bebeu	129	983	340	34,6		487	49,6		369	37,6		328	33,4	
Etilista e ex-etilista	194	1.503	528	35,1		766	51,0		517	34,4		573	38,1	
<b>Obesidade*</b>					0,693			0,844			<b>0,041</b>			0,669
Não	160	1.214	391	32,2		616	50,8		378	31,1		403	33,2	
Sim	141	1.098	356	32,5		512	46,7		432	39,3		427	38,9	

Continuação Tabela 1.

Variáveis	Total		Capacidade funcional		Aspectos físicos			Dor			Estado geral de saúde			
	n	N	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor*	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**
			N	%		N	%		N	%		N	%	
<b>Atividade física</b>					<b>0,006</b>			0,185			0,429			0,282
Ativo	44	329	66	20,1		148	45,0		108	32,8		98	29,9	
Inativo	280	2.163	802	37,1		1.111	51,4		779	36,0		803	37,1	
<b>Sensação de estresse</b>					<b>0,013</b>			<b>0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>0,001</b>
Não	200	1.520	463	30,4		654	43,0		382	25,1		429	28,2	
Sim	124	972	405	41,7		606	62,3		505	51,9		473	48,6	
<b>Depressão</b>					<b>0,006</b>			0,073			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Não	212	1.606	443	27,6		750	46,7		416	25,9		417	26,0	
Sim	112	886	425	48,0		509	57,5		471	53,1		484	54,7	
<b>Ansiedade</b>					<b>0,039</b>			0,092			<b>0,011</b>			<b>&lt;0,001</b>
Não	152	1.149	296	25,8		522	45,4		305	26,5		291	25,3	
Sim	172	1.343	571	42,6		738	54,9		582	43,3		610	45,4	
<b>Insônia</b>					<b>0,004</b>			<b>0,021</b>			<b>0,037</b>			<b>0,004</b>
Não	139	1.053	244	23,1		466	44,3		274	26,1		251	23,8	
Sim	185	1.439	624	43,4		793	55,1		612	42,5		650	45,2	
<b>Doenças respiratórias</b>					0,076			0,847			0,264			0,568
Não	262	2.034	674	33,1		1.039	51,1		696	34,2		708	34,8	
Sim	62	458	194	42,4		220	48,1		190	41,6		193	42,2	
<b>Hipertensão</b>					<b>0,001</b>			<b>0,025</b>			<b>0,038</b>			0,216
Não	82	627	101	16,1		250	39,9		180	28,7		214	34,2	
Sim	242	1.865	767	41,1		1.010	54,1		707	37,9		687	36,8	
<b>Dislipidemia</b>					0,306			0,102			0,076			0,175
Não	170	1.273	430	33,8		610	47,9		424	33,3		401	31,5	
Sim	154	1.219	437	35,9		649	53,3		463	38,0		501	41,1	
<b>Presença de complicações</b>					<b>0,029</b>			0,203			0,910			0,485
Sim	89	1.778	352	49,3		413	57,9		277	38,9		276	38,7	
Não	235	714	516	29,0		846	47,6		609	34,3		625	35,2	

Continuação Tabela 1.

Variáveis	Total		Capacidade funcional		Aspectos físicos			Dor			Estado geral de saúde			
	n	N	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor*	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**
			N	%		N	%		N	%		N	%	
<b>Tempo de diagnóstico do DM*</b>					0,772			0,579			0,353			0,088
< 10 anos	202	1.558	512	32,9		803	51,6		579	37,1		347	35,1	
≥ 10 anos	117	896	332	37,1		433	48,3		298	33,3		339	37,8	
<b>Internação por glicemia instável*</b>					0,196			<b>0,012</b>			<b>0,017</b>			0,069
Não	256	1.980	651	32,9		936	47,3		630	31,8		667	33,7	
Sim	67	505	217	43,0		317	62,7		257	50,9		234	46,4	
<b>Visitas domiciliares (até 2 meses)*</b>					0,678			0,576			0,370			0,836
Não	199	1.507	501	33,3		763	50,7		530	35,1		542	36,0	
Sim	123	971	366	37,7		490	50,4		357	36,8		360	37,0	
<b>Consulta nos últimos 3 meses*</b>					0,465			0,898			<b>0,030</b>			0,425
Não	63	490	172	35,0		250	51,0		109	22,3		152	31,1	
Sim	260	1.996	697	34,9		1.004	50,3		777	38,9		749	37,5	
<b>Adesão terapêutica*</b>					0,495			0,929			0,091			0,065
Não	255	1.960	716	36,5		1.014	51,7		682	34,8		648	33,1	
Sim	65	503	146	29,0		233	46,3		204	40,7		239	47,4	
<b>Polifarmácia*</b>					<b>&lt;0,001</b>			<b>0,002</b>			<b>0,011</b>			0,391
Não	143	1.082	254	23,5		486	44,9		305	28,2		385	35,6	
Sim	166	1.306	594	45,5		721	55,2		556	42,6		482	36,9	
<b>Controle do DM*</b>					0,392			0,421			0,416			0,869
Não	204	1.579	514	32,5		755	47,8		514	32,5		556	35,2	
Sim	97	722	294	40,8		408	56,6		293	40,6		276	38,2	

\*Dados faltantes; \*\*Teste de Wald.

Fonte:

Nos componentes “vitalidade” e “limitação por aspectos emocionais” apresentaram significância estatística: cor da pele, sensação de estresse, depressão, ansiedade, dislipidemia e internação por glicemia instável. Atividade física, insônia e polifarmácia foram significativas somente para “vitalidade”, e hipertensão arterial e controle do DM somente para “aspectos emocionais”.

As diferenças significativas nos componentes “aspectos sociais” e “saúde mental” foram identificadas para sensação de estresse, depressão, ansiedade e dislipidemia. Somente para o primeiro componente foram significativos hipertensão arterial, internação por glicemia instável, polifarmácia e controle do DM, e para o segundo, sexo, atividade física, insônia e doenças respiratórias (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição do primeiro tercil dos componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde segundo as variáveis independentes em pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Total		Vitalidade			Aspectos emocionais			Aspectos sociais			Saúde mental		
	n	N	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**
			N	%		N	%		N	%		N	%	
<b>Sexo</b>					0,064			0,105			0,197			<b>0,025</b>
Feminino	203	1.561	613	39,2		673	43,1		675	43,2		627	40,2	
Masculino	121	931	299	32,2		323	34,7		311	33,4		243	26,1	
<b>Faixa etária</b>					0,100			0,725			0,909			0,305
Até 59 anos	145	1.096	478	43,7		437	39,9		452	41,2		430	39,2	
60 anos e mais	179	1.396	434	31,1		559	40,0		534	38,2		441	31,6	
<b>Cor da pele</b>					<b>0,008</b>			<b>0,003</b>			0,147			0,109
Branca	69	541	110	20,3		136	25,0		146	26,9		124	22,9	
Não branca	255	1.951	802	41,1		860	44,1		840	43,0		747	38,3	
<b>Situação conjugal*</b>					0,480			0,203			0,775			0,651
Sem companheiro	132	1.008	410	40,7		466	46,3		386	38,3		346	34,3	
Com companheiro	191	1.477	495	33,5		522	35,4		592	40,1		517	35,0	
<b>Escolaridade</b>					0,301			0,099			0,062			0,362
Até ensino fundamental II	252	1.930	734	38,0		825	42,7		817	42,3		681	35,3	
Médio até pós-graduação	72	562	178	31,7		171	30,4		169	30,0		189	33,6	
<b>Tabagismo*</b>					0,521			0,877			0,821			0,728
Não fumante	127	959	351	36,6		362	37,8		378	39,4		324	33,8	
Fumante e ex-fumante	196	1.527	561	36,7		633	41,5		608	39,8		546	35,8	
<b>Etilismo*</b>					0,638			0,125			0,972			0,627
Nunca bebeu	129	983	343	34,9		450	45,8		391	39,7		316	32,2	
Etilista e ex-etilista	194	1.503	569	37,8		546	36,3		595	39,6		554	36,9	
<b>Obesidade*</b>					0,753			0,301			0,706			0,810
Não	160	1.214	440	36,3		443	36,5		471	38,8		423	34,9	
Sim	141	1.098	396	36,1		442	40,3		434	39,5		371	33,8	

Continuação da Tabela 2.

Variáveis	Total		Vitalidade		Aspectos emocionais			Aspectos sociais			Saúde mental			
	n	N	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**	1° tercil		p-valor**
			N	%		N	%		N	%		N	%	
<b>Atividade física</b>					<b>0,008</b>			0,582			0,217			<b>0,008</b>
Sim	44	329	77	23,6		100	30,6		94	28,7		59	18,1	
Não	280	2.163	834	38,6		895	41,4		891	41,2		811	37,5	
<b>Sensação de estresse</b>					<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Não	200	1.520	421	27,7		473	31,2		465	30,6		330	21,7	
Sim	124	972	490	50,5		522	53,7		521	53,6		540	55,6	
<b>Depressão</b>					<b>&lt;0,001</b>			<b>0,013</b>			<b>0,005</b>			<b>&lt;0,001</b>
Não	212	1.606	412	25,7		562	35,0		553	34,4		363	22,6	
Sim	112	886	500	56,4		433	48,9		433	48,9		507	57,3	
<b>Ansiedade</b>					<b>0,004</b>			<b>0,021</b>			<b>0,008</b>			<b>&lt;0,001</b>
Não	152	1.149	277	24,1		391	34,0		395	34,4		202	17,6	
Sim	172	1.343	635	47,3		605	45,0		590	44,0		668	49,8	
<b>Insônia</b>					<b>&lt;0,001</b>			0,076			0,081			<b>&lt;0,001</b>
Não	139	1.053	267	25,4		354	33,6		348	33,1		252	24,0	
Sim	185	1.439	645	44,8		642	44,6		637	44,3		618	42,9	
<b>Doenças respiratórias</b>					0,089			0,755			0,126			<b>0,004</b>
Não	262	2.034	703	34,6		789	38,8		766	37,7		663	32,6	
Sim	62	458	209	45,6		206	45,0		220	48,0		207	45,3	
<b>Hipertensão arterial</b>					0,095			<b>0,018</b>			<b>0,005</b>			0,070
Não	82	627	179	28,5		207	33,1		182	29,0		176	28,1	
Sim	242	1.865	733	39,3		788	42,3		804	43,1		694	37,2	
<b>Dislipidemia</b>					<b>0,003</b>			<b>0,024</b>			<b>0,037</b>			<b>0,013</b>
Não	170	1.273	386	30,3		424	33,3		419	32,9		332	26,1	
Sim	154	1.219	526	43,2		572	46,9		566	46,4		538	44,1	
<b>Presença de complicações</b>					0,243			0,560			0,254			0,243
Sim	89	714	276	38,7		310	43,4		312	43,7		312	43,7	
Não	235	1.778	635	35,7		686	38,6		674	37,9		674	37,9	

Continuação da Tabela 2.

Variáveis	Total		Vitalidade		Aspectos emocionais			Aspectos sociais			Saúde mental			
	n	N	1° tercil		1° tercil			1° tercil			1° tercil			
			N	%	N	%	p-valor**	N	%	p-valor**	N	%	p-valor**	
<b>Tempo de diagnóstico do DM*</b>					0,756			0,151			0,489			0,824
< 10 anos	202	1.558	556	35,7		658	42,2		636	40,8		540	34,7	
≥ 10 anos	117	896	350	39,1		318	35,4		334	37,3		314	35,1	
<b>Internação por glicemia instável*</b>					<b>0,024</b>			<b>0,041</b>			<b>0,048</b>			0,398
Não	256	1.980	672	33,9		732	37,0		731	36,9		660	33,3	
Sim	67	505	240	47,6		257	50,9		255	50,5		210	41,7	
<b>Visitas domiciliares (até 2 meses)*</b>					0,558			0,833			0,139			0,271
Não	199	1.507	527	35,0		602	39,9		567	37,6		485	32,2	
Sim	123	971	385	39,6		394	40,6		411	42,4		385	39,7	
<b>Consulta nos últimos 3 meses*</b>					0,590			0,791			0,533			0,175
Não	63	490	167	34,2		191	39,1		177	36,1		146	29,8	
Sim	260	1.996	745	37,3		804	40,3		809	40,5		724	36,3	
<b>Adesão terapêutica*</b>					0,060			0,416			0,385			0,568
Não	255	1.960	688	35,1		759	38,7		783	39,9		657	33,5	
Sim	65	503	218	43,3		223	44,4		190	37,7		200	39,8	
<b>Polifarmácia*</b>					<b>0,004</b>			0,141			<b>&lt;0,001</b>			0,237
Não	143	1.082	302	27,9		397	36,7		309	28,6		332	30,7	
Sim	166	1.306	564	43,1		566	43,3		630	48,2		499	38,2	
<b>Controle do DM*</b>					0,122			<b>0,018</b>			<b>0,025</b>			0,302
Não	204	1.579	522	33,0		523	33,1		340	47,1		308	42,7	
Sim	97	722	324	44,9		376	52,2		567	35,9		505	32,0	

\* Dados faltantes; \*\* Teste de Wald.

Fonte:



De acordo com a análise ajustada por nível hierárquico, para o componente “estado geral de saúde”, sensação de estresse e depressão foram associadas ao menor gradiente da QVRS. Para “limitação por aspectos físicos”, as variáveis sexo feminino, escolaridade até o ensino fundamental II, presença da sensação de estresse e internação relacionada à glicemia instável mantiveram associação positiva, após ajuste, ao menor tercil da QVRS; já a faixa etária até 59 anos foi um fator protetor.

Ainda quanto aos componentes físicos, a maior limitação da “dor” esteve associada ao sexo feminino, escolaridade até o ensino fundamental II, presença de sensação de estresse, depressão e polifarmácia. Além disso, no componente “capacidade funcional”, sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, sedentarismo, insônia, hipertensão e polifarmácia estiveram associadas a maiores chances de estar no menor tercil da QVRS; no entanto, a faixa etária até 59 anos foi um fator de proteção nesse componente (Tabela 3).

**Tabela 3.** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde – SF-36							
	Estado geral de saúde		Aspectos físicos		Dor		Capacidade funcional	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Distal</b>								
Sexo feminino	-	-	1,75 (1,04-2,92)	1,86 (1,11-3,11)	2,45 (1,32-4,55)	2,41 (1,32-4,41)	2,09 (1,06-4,14)	2,17 (1,14-4,12)
Faixa etária até 59 anos	1,39 (0,90-2,14)	1,36 (0,89-2,09)	0,61 (0,45-0,84)	0,65 (0,46-0,91)	1,28 (0,90-1,82)	1,35 (0,95-1,93)	0,54 (0,36-0,81)	0,64 (0,47-0,88)
Cor da pele não branca	-	-	-	-	1,74 (1,10-2,75)	1,46 (0,89-2,37)	-	-
Situação conjugal sem companheiro	0,77 (0,52-1,12)	0,78 (0,54-1,15)	-	-	-	-	1,51 (1,05-2,17)	1,23 (0,89-1,69)
Escolaridade até ensino fundamental II	-	-	1,88 (1,18-3,01)	1,71 (1,07-2,73)	1,51 (0,98-2,32)	1,73 (1,06-2,82)	2,39 (1,19-4,78)	2,24 (1,11-4,53)
<b>Intermediário 1</b>								
Tabagista e ex-tabagista	-	-	-	-	-	-	1,45 (0,98-2,16)	1,30 (0,81-2,07)
Etilista e ex-etilista	1,30 (0,90-1,88)	1,34 (0,90-2,01)	-	-	-	-	-	-
Sedentarismo	-	-	1,36 (0,85-2,19)	1,25 (0,76-2,06)	-	-	1,78 (1,21-2,61)	1,84 (1,20-2,84)
<b>Intermediário 2</b>								
Sensação de estresse	2,50 (1,54-4,08)	1,98 (1,22-3,22)	2,33 (1,53-3,55)	2,27 (1,44-3,56)	3,42 (1,90-6,18)	3,11 (1,88-5,16)	1,89 (1,17-3,05)	1,66 (0,93-2,96)
Ansiedade	2,32 (1,55-3,45)	1,17 (0,73-1,90)	1,47 (0,93-2,33)	1,24 (0,69-2,24)	1,83 (1,17-2,87)	0,85 (0,51-1,41)	1,93 (1,04-3,37)	1,14 (0,53-2,42)
Insônia	2,30 (1,35-3,91)	1,68 (0,96-2,95)	1,58 (1,08-2,31)	1,31 (0,81-2,11)	1,98 (1,05-3,74)	1,44 (0,69-3,01)	2,62 (1,43-4,80)	2,15 (1,33-3,45)
Depressão	3,34 (2,03-5,50)	2,34 (1,35-4,05)	1,57 (0,95-2,59)	0,95 (0,53-1,70)	2,95 (1,94-4,47)	2,02 (1,08-3,78)	2,49 (1,35-4,59)	1,39 (0,73-2,62)
Hipertensão	-	-	1,80 (1,09-3,00)	1,38 (0,74-2,57)	1,75 (1,04-2,95)	1,58 (0,74-3,35)	2,65 (1,58-4,45)	2,08 (1,13-3,82)
Doenças respiratórias	-	-	-	-	-	-	1,73 (0,94-3,19)	1,39 (0,79-2,44)
Obesidade	-	-	-	-	1,55 (1,02-2,37)	1,22 (0,73-2,01)	-	-
Dislipidemia	1,43 (0,84-2,44)	1,18 (0,78-1,79)	1,44 (0,92-2,25)	1,16 (0,72-1,88)	1,59 (0,95-2,68)	0,99 (0,62-1,57)	-	-

Continuação Tabela 3.

Variáveis	Componentes físicos da qualidade de vida relacionada à saúde – SF-36							
	Estado geral de saúde		Aspectos físicos		Dor		Capacidade funcional	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Intermediário 2</b>								
Diagnóstico ≥ 10 anos	1,36 (0,95-1,95)	1,45 (0,93-2,26)	-	-	-	-	-	-
Presença de complicações	-	-	-	-	-	-	1,86 (1,08-3,22)	1,50 (0,91-2,47)
<b>Proximal</b>								
Não realizou consulta nos últimos 3 meses*	-	-	-	-	0,54 (0,31-0,93)	0,56 (0,27-1,18)	-	-
Internação relacionada à glicemia instável	1,75 (0,95-3,20)	1,38 (0,67-2,83)	2,02 (1,19-3,42)	1,94 (1,06-3,52)	2,24 (1,18-4,26)	1,39 (0,65-2,97)	1,46 (0,81-2,66)	1,65 (0,87-3,14)
Não adesão terapêutica	0,57 (0,32-1,04)	0,62 (0,34-1,13)	-	-	0,71 (0,47-1,06)	1,62 (0,86-3,04)	-	-
Polifarmácia	-	-	1,71 (1,26-2,33)	1,47 (0,99-2,18)	1,84 (1,18-2,88)	1,47 (1,01-2,16)	2,60 (1,84-3,69)	1,69 (1,12-2,54)

OR: *Odds ratio* para dados ordinais, considerando a maior qualidade de vida como categoria de referência.

Fonte:

Ao se analisarem os componentes mentais da QVRS, “saúde mental” manteve significância estatística após ajuste para sexo feminino, sedentarismo, sensação de estresse, ansiedade e depressão. As variáveis sensação de estresse, hipertensão e polifarmácia permaneceram associadas ao componente “aspectos sociais”, no entanto o não controle do DM foi inversamente associado a ele.

Seguindo a análise dos componentes mentais, “limitação por aspectos emocionais” esteve associado a cor da pele não branca e sensação de estresse, e o não controle do DM esteve inversamente associado a esse componente. Para “vitalidade”, cor da pele não branca, sedentarismo, sensação de estresse e depressão apresentaram maiores chances de estar no menor tercil da QVRS, já a não adesão terapêutica foi inversamente associada a tal componente (Tabela 4).

**Tabela 4.** Análise hierárquica dos fatores associados aos componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde obtida por meio do instrumento SF-36 de pessoas com DM cadastradas nas unidades de ESF. Edoc-Quali, Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Variáveis	Componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde – SF-36							
	Saúde mental		Aspectos sociais		Aspectos emocionais		Vitalidade	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Distal</b>								
Sexo feminino	1,77 (1,09-2,87)	1,71 (1,05-2,77)	1,38 (0,83-2,30)	1,40 (0,86-2,29)	1,67 (0,88-3,15)	1,57 (0,82-3,01)	1,66 (0,97-2,86)	1,55 (0,88-2,71)
Idade até 59 anos	-	-	-	-	-	-	1,39 (0,93-2,08)	1,32 (0,93-1,87)
Cor da pele não branca	1,42 (0,92-2,19)	1,29 (0,83-2,00)	1,28 (0,91-1,81)	1,13 (0,78-1,64)	2,14 (1,35-3,39)	1,89 (1,14-3,11)	1,94 (1,21-3,08)	1,79 (1,15-2,78)
Escolaridade até ensino fundamental II	-	-	1,86 (0,97-3,58)	1,88 (0,96-3,67)	1,53 (0,91-2,57)	1,45 (0,86-2,44)	-	-
<b>Intermediário 1</b>								
Etilista e ex-etilista	-	-	-	-	0,66 (0,39-1,14)	0,69 (0,40-1,18)	-	-
Sedentarismo	2,38 (1,29-4,39)	2,44 (1,30-4,59)	-	-	-	-	1,73 (1,18-2,54)	1,72 (1,19-2,49)
<b>Intermediário 2</b>								
Sensação de estresse	4,56 (3,09-6,71)	3,54 (2,36-5,30)	2,30 (1,46-3,62)	1,97 (1,18-3,27)	2,59 (1,75-3,83)	2,19 (1,40-3,43)	3,07 (1,83-5,17)	2,45 (1,40-4,29)
Ansiedade	4,75 (3,03-7,46)	2,36 (1,36-4,10)	1,73 (1,18-2,53)	1,21 (0,75-1,94)	1,73 (1,10-2,72)	1,33 (0,75-2,35)	2,23 (1,34-3,70)	0,99 (0,47-2,10)
Insônia	2,37 (1,70-3,29)	1,10 (0,62-1,95)	1,42 (0,95-2,11)	1,04 (0,66-1,66)	1,55 (0,95-2,54)	1,13 (0,60-2,15)	2,33 (1,59-3,41)	1,45 (0,90-2,36)
Depressão	5,39 (3,41-8,54)	2,69 (1,30-5,59)	1,90 (1,25-2,89)	1,40 (0,86-2,28)	1,83 (1,16-2,88)	1,11 (0,69-1,79)	3,73 (2,20-6,30)	2,66 (1,20-5,92)
Hipertensão	1,56 (0,96-2,54)	1,16 (0,71-1,91)	2,07 (1,29-3,33)	1,90 (1,16-3,11)	1,66 (1,10-2,49)	1,55 (0,90-2,66)	1,43 (0,93-2,19)	1,19 (0,77-1,83)
Doenças respiratórias	1,82 (1,25-2,67)	1,68 (0,94-3,01)	1,58 (0,87-2,87)	1,36 (0,69-2,70)	-	-	1,54 (0,93-2,54)	1,20 (0,70-2,07)
Dislipidemia	1,99 (1,18-3,36)	1,25 (0,70-2,24)	1,55 (1,03-2,32)	1,18 (0,76-1,82)	1,74 (1,09-2,78)	1,47 (0,93-2,32)	1,94 (1,30-2,91)	1,46 (0,94-2,26)
Diagnóstico ≥ 10 anos	-	-	-	-	0,71 (0,43-1,15)	0,78 (0,44-1,38)	-	-

Continuação Tabela 4.

Variáveis	Componentes mentais da qualidade de vida relacionada à saúde – SF-36							
	Saúde mental		Aspectos sociais		Aspectos emocionais		Vitalidade	
	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Intermediário 2</b>								
Presença de complicações	1,41 (0,90-2,22)	1,31 (0,74-2,29)	-	-	-	-	-	-
<b>Proximal</b>								
Consulta nos últimos 3 meses*	0,64 (0,33-1,25)	0,63 (0,34-1,19)	-	-	-	-	-	-
Visita domiciliar até 2 meses	-	-	0,73 (0,47-1,12)	1,34 (0,87-2,06)	-	-	-	-
Não controle do DM	-	-	0,57 (0,35-0,93)	0,58 (0,35-0,96)	0,46 (0,24-0,86)	0,49 (0,26-0,91)	0,68 (0,41-1,12)	0,74 (0,45-1,21)
Não adesão terapêutica	-	-	-	-	-	-	0,65 (0,42-1,02)	0,62 (0,41-0,94)
Internação relacionada à glicemia instável	-	-	1,60 (1,07-2,54)	1,27 (0,78-2,08)	1,78 (1,03-3,08)	1,11 (0,63-1,97)	2,02 (1,11-3,65)	1,52 (0,82-2,80)
Polifarmácia	-	-	2,30 (1,64-3,23)	2,01 (1,45-2,79)	1,33 (0,90-1,96)	1,14 (0,73-1,78)	1,96 (1,28-3,00)	1,54 (0,96-2,46)

OR: *Odds ratio* para dados ordinais, considerando a maior qualidade de vida como categoria de referência.

Fonte:

## Discussão

O presente estudo apontou que o componente “saúde mental” apresentou maior mediana dentre os demais, e “aspectos físicos” foi a escala mais afetada nas pessoas com DM. Da mesma forma, pesquisa realizada no norte da Índia envolvendo 215 indivíduos com DM tipo 2, com uso do SF-36, constatou que o componente “aspectos sociais” foi o menos afetado (Sharma *et al.*, 2021). A presença da sensação de estresse foi associada a maior parte dos componentes analisados, exceto “capacidade funcional”.

Os resultados indicam que as mulheres com DM apresentaram menor QVRS do que os homens nos componentes “aspectos físicos”, “dor”, “capacidade funcional” e “saúde mental”. Esse achado foi semelhante ao observado em outros estudos realizados na Espanha, Índia e Vietnã, em indivíduos com DM e utilização do questionário SF-36 (Gálvez Galán *et al.*, 2021; Sharma *et al.*, 2021; Tran Kien *et al.*, 2021). Esse dado pode ter relação com os papéis tradicionais desempenhados pelas mulheres ao longo da vida e sua influência sobre pressões sociais, estresse crônico, sobrecarga com responsabilidade do lar e com prestação de cuidados aos membros da família. Relacionam-se com menor nível de satisfação com o tratamento, pior adaptação às atividades de vida diária e maior carga física e mental da doença (Coelho; Masanet, 2020; Mayor, 2015).

O presente trabalho detectou que a faixa etária de 60 anos e mais esteve no menor tercil da QVRS nos componentes “aspectos físicos” e “capacidade funcional”. Esses achados sugerem que, em idosos com DM, os dois componentes físicos foram os mais prejudicados, em consonância com estudo transversal desenvolvido na Espanha com 60 pessoas com DM, no qual a QVRS em mulheres após os 75 anos diminuiu acentuadamente, especialmente nos aspectos físicos (Gálvez Galán *et al.*, 2021). O processo de envelhecimento pode comprometer o sistema fisiológico, agravando os efeitos da progressão crônica da doença, contribuindo para a manifestação de limitações físicas (Gebremedhin; Workicho; Angaw, 2019).

A menor QVRS em “aspectos emocionais” e “vitalidade” esteve associada à cor da pele não branca. É importante ressaltar que a cor da pele autodeclarada, embora represente uma característica fenotípica, é um fator determinante das desigualdades sociais e de exposição social ao risco de adoecimento (Araújo *et al.*, 2009). Esse resultado pode estar relacionado com as condições socioeconômicas desfavoráveis que se refletem no acúmulo de comportamentos e estilo de vida pouco saudáveis, afetando conseqüentemente a QVRS nos componentes destacados (Moretto *et al.*, 2016).

O presente estudo também constatou que a escolaridade até ensino fundamental II esteve associada à menor QVRS em pessoas que vivem com DM nos componentes “aspectos físicos”, “dor” e “capacidade funcional”. Esse resultado se assemelha ao do estudo transversal realizado no norte da Índia que envolveu 215 pessoas com DM, com utilização do questionário SF-36, em que aquelas com mais anos de escolaridade apresentavam maiores escores de QVRS (Sharma *et al.*, 2021). Esse fato pode estar relacionado com as elevadas exigências de autogestão do DM, considerando que a regulação glicêmica está intrinsicamente ligada à adesão terapêutica e mudanças no estilo de vida. Desse modo, pessoas com maior escolaridade teriam melhor compreensão da doença e dos impactos na saúde, buscando precocemente estratégias de manejo para seu controle mais efetivo (Natarajan; Mokoboto-Zwane, 2022).

Ser sedentário esteve associado ao menor tercil da QVRS nos componentes “capacidade funcional”, “saúde mental” e “vitalidade”. Esse achado se assemelha ao de um estudo de revisão sistemática com metanálise no qual o exercício físico favoreceu a QV na maioria das dimensões do questionário SF-36 (Jing *et al.*, 2018). Para indivíduos com DM, a prática de atividade física devidamente orientada oferece benefícios importantes ao controle metabólico. Praticar exercícios combinados resistidos e aeróbicos promove reduções da hemoglobina glicada e por conseguinte melhora no manejo da doença (Silva Junior *et al.*, 2022). Em um ensaio clínico randomizado com 43 participantes com DM2, evidenciou-se que a realização de três sessões semanais de 60 minutos de exercício combinado com aeróbica levou à diminuição da hemoglobina glicada e melhora considerável na QVRS nos componentes “capacidade física”, “vitalidade” e “saúde mental” (Tomas-Carus *et al.*, 2016).

A sensação de estresse esteve associada ao menor tercil da QVRS na maior parte dos componentes, exceto “capacidade funcional”. Esse achado coincide com estudo transversal feito no México com 101 pessoas com DM tipo 2, que aborda o estresse como responsável pelo descontrole glicêmico, não adesão terapêutica e maior depressão (Sánchez-Cruz *et al.*, 2016). Concomitantemente ao estresse, a presença de ansiedade, insônia e depressão esteve associada à menor QVRS nos componentes físicos e mentais nessa população. Esses dados corroboram pesquisa transversal realizada no Irã com 400 pessoas com DM, utilizando o questionário SF-36, que identificou em todos os componentes pontuação inferior em pessoas com DM e depressão (Bayani *et al.*, 2022). Ademais, apresenta semelhança com os resultados de um estudo transversal conduzido no México, envolvendo 422 indivíduos com DM, no qual a depressão e a menor QVRS foram associadas ao elevado sofrimento emocional relacionado ao DM (Gómez-Pimienta *et al.*, 2019).



A associação entre esses transtornos mentais e a menor QVRS pode ser explicada por mecanismos biológicos. O estresse psicológico crônico está relacionado à interação entre a depressão e o diabetes. Essa relação é influenciada pela disfunção na sinalização da insulina no cérebro, possivelmente facilitando o desenvolvimento da depressão (Chan *et al.*, 2005). No entanto, o diagnóstico dessa doença também pode provocar um luto pela perda da saúde e favorecer a evolução da depressão. Nesse sentido, o tratamento psicológico e farmacológico da depressão pode auxiliar em melhoras na QV de pessoas com DM (Zurita-Cruz *et al.*, 2018).

A presença da polifarmácia foi associada à menor QVRS nos componentes “dor”, “capacidade funcional” e “aspectos sociais”. Tal observação pode estar relacionada à própria evolução do DM e à junção de complicações que aumentam o uso das medicações, além da complexidade adicional no manejo e adesão ao tratamento, assim como o autocuidado exigido pela doença (Gálvez Galán *et al.*, 2021).

Um achado importante do presente estudo associa o maior tercil da QVRS nos componentes “aspectos sociais” e “aspectos emocionais” com o não controle glicêmico. Esse resultado é complexo e diverge de um inquérito que envolveu 2.469 pacientes suecos com diabetes tipo 2 e que relatou associação entre menor QVRS nos grupos com elevados níveis de hemoglobina glicada. Essa divergência pode estar relacionada às variações na característica da amostra e à segmentação em três grupos de hemoglobina glicada, conforme delineado na pesquisa sueca (Svedbo Engström *et al.*, 2019).

Uma hipótese sobre a maior QVRS no componente “aspectos emocionais” em indivíduos com controle glicêmico insatisfatório pode estar relacionada ao aumento do estresse emocional decorrente de mudanças no estilo de vida, assim como à adesão a um esquema terapêutico complexo. Ademais, o convívio social pode possibilitar maior consumo de alimentos que alterem os níveis glicêmicos. No entanto, esse fator necessita de maior investigação, até mesmo sobre o tipo de terapia medicamentosa, visto que um estudo transversal realizado no Norte da Índia revelou que o uso de hipoglicemiantes orais esteve associado a melhor QVRS nos aspectos sociais e emocionais quando comparado com o de insulina injetável (Sharma *et al.*, 2021).

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento transversal, de modo que os dados apresentados não podem analisar a causalidade entre as variáveis estudadas. Soma-se a isso o fato de que algumas morbidades foram obtidas por autorrelato, embora seja consenso que morbidades crônicas autorreferidas possam expressar uma medida aproximada das informações obtidas por exames clínicos. Finalmente, a exclusão de indivíduos com comprometimento cognitivo e de comunicação pode ter subestimado os resultados. Entretanto, essas limitações

não invalidam o trabalho realizado, pois este traz robustez na representatividade da amostra de pacientes diabéticos cadastrados nas unidades da ESF e o caráter inédito das variáveis analisadas de acordo com os componentes para a região, embora estudos sobre a QVRS venham crescendo no Brasil.

## Conclusão

Os achados do presente estudo apontam que a menor qualidade de vida relaciona à saúde em pessoas com DM está associada ao sexo feminino, escolaridade até ensino fundamental II, sedentarismo, sensação de estresse, ansiedade, insônia, depressão, hipertensão, internação por glicemia instável e polifarmácia. Desse modo, esses dados são importantes para se pensarem ou se aprimorarem estratégias de intervenção em saúde, bem como se delinearem políticas públicas que atendam às condições locais e regionais. Destaca-se que é fundamental o conhecimento dos componentes mais comprometidos, possibilitando o planejamento de ações de promoção e prevenção das complicações dos pacientes com DM atendidos na atenção primária.

## Referências

- ABREU, M. N. S.; SIQUEIRA, A. L.; CAIAFFA, W. T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 183-194, fev. 2009.
- AMARAL, T. L. M. A. *et al.* Estudo das doenças crônicas sob a ótica da qualidade em saúde: aspectos metodológicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 4, e11896, out./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11896>
- ARAÚJO, E. M. D. *et al.* A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383-394, dez. 2009.
- BAYANI, M. A. *et al.* Depression and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. **Caspian Journal of Internal Medicine**, v. 13, n. 2, p. 335-342, 2022.
- BERTOLUCI, M. C. (Coord.). **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD, 2023. ed. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br>. Acesso em: 16 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em: 16 nov. 2023.
- CHAN, O. *et al.* Insulin Alone Increases Hypothalamo-Pituitary-Adrenal Activity, and Diabetes Lowers Peak Stress Responses. **Endocrinology**, v. 146, n. 3, p. 1382-1390, Mar 2005.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COELHO, F. M.; MASANET, E. Diferenças de gênero na diabetes: um ponto de partida para otimizar a qualidade de vida. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 9, n. 1, 7 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v9i1.3730>

GÁLVEZ GALÁN, I. *et al.* Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. **Enfermería Clínica**, v. 31, n. 5, p. 313-322, Sep 2021.

GEBREMEDHIN, T.; WORKICHO, A.; ANGAW, D. A. Health-related quality of life and its associated factors among adult patients with type II diabetes attending Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia. **BMJ Open Diabetes Research & Care**, v. 7, n. 1, e000577, Feb 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2018-000577>

GÓMEZ-PIMIENGA, E. *et al.* Decreased Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus is Associated with Emotional Distress. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 15, p. 2652, July 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16152652>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023.

JING, X. *et al.* Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 189, Dec 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1021-9>

MAYOR, E. Gender roles and traits in stress and health. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 779, 2015. DOI : <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2015.00779>

MORETTO, M. C. *et al.* Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, e00081315, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081315>

NATARAJAN, J.; MOKOBOTO-ZWANE, S. Health-related Quality of Life and Domain-specific Associated Factors among Patients with Type2 Diabetes Mellitus in South India. **Review of Diabetic Studies**, v. 18, n. 1, p. 34-41, Mar 2022.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; FJP. Fundação João Pinheiro. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**. Brasília, DF: PNUD, IPEA; Belo Horizonte: FJP, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta>. Acesso em: 16 fev. 2023.

RÔLA, C. V. S.; COSTA E SILVA, S. P.; NICOLA, P. A. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 42, p. 111-120, out. 2018.

ROTH, G. A. *et al.* Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736-1788, Nov 2018.

SÁNCHEZ-CRUZ, J. F. *et al.* Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Atención Familiar**, v. 23, n. 2, 14 mar. 2016. Disponível em: [http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/54783](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/54783). Acesso em: 16 fev. 2023.

SANTOS, R. L. B. D.; CAMPOS, M. R.; FLOR, L. S. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1007-1020, mar. 2019.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: SBD, 2019.

SHARMA, S. *et al.* Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients attending a tertiary care hospital of Northern India: A cross sectional study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, n. 5, p. 1938-1944, 2021.

SILVA, L. A. A. *et al.* Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. **Saúde**, v. 42, n. 1, p. 67-74, jan./jun. 2016.

SILVA JUNIOR, W. S. D. *et al.* Atividade física e exercício no pré-diabetes e DM2. In: BERTOLUCI, M. C. (Coord.). **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD, 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/atividade-fisica-e-exercicio-no-pre-diabetes-e-dm2/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

SVEDBO ENGSTRÖM, M. *et al.* Health-related quality of life and glycaemic control among adults with type 1 and type 2 diabetes – a nationwide cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, n. 1, p. 141, Dec 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1212-z>

TOMAS-CARUS, P. *et al.* A randomized controlled trial on the effects of combined aerobic-resistance exercise on muscle strength and fatigue, glycemic control and health-related quality of life of type 2 diabetes patients. **The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v. 56, n. 5, p. 572-578, May 2016.

TRAN KIEN, N. *et al.* Health-related quality of life and associated factors among patients with type II diabetes mellitus: A study in the family medicine center (FMC) of Agricultural General Hospital in Hanoi, Vietnam. **Health Psychology Open**, v. 8, n. 1, e205510292199617, Jan 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F2055102921996172>

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, June 1992.

WHO. World Health Organization. **Medication Without Harm** – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 fev. 2023.

WHO. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation**. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/). Acesso em: 16 fev. 2023.

ZURITA-CRUZ, J. N. *et al.* Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 94, Dec 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0906-y>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir as análises propostas inicialmente, esta dissertação buscou atender aos objetivos delineados. Os resultados descritos no Artigo 1 destacam que os fatores sociodemográficos (escolaridade e sexo), hábitos de vida (adição de sal e tabagismo) e condições clínicas e de saúde (dislipidemia, sensação de estresse, ansiedade, insônia, depressão, internação relacionada à hipertensão arterial sistêmica e à presença de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e diabetes) estão associados com menor qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) na população com hipertensão arterial.

Ao abordar as evidências apontadas no Artigo 2, o presente estudo constatou também que a menor QVRS nos indivíduos com diabetes *mellitus* está associada a fatores sociodemográficos (sexo, escolaridade) e a condições clínicas ou de saúde (dislipidemia, sensação de estresse, ansiedade, insônia, depressão, polifarmácia e à presença de doenças respiratórias e geniturinárias).

É importante destacar que a presença da sensação de estresse foi observada em todos os componentes da QVRS na população com hipertensão arterial e naquela com diabetes. Esse achado sugere que o estresse pode exercer influência particular em diferentes aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde. Diante disso, as conclusões deste estudo têm implicações no aprimoramento da detecção precoce, no manejo e no suporte às questões de saúde mental na comunidade, uma vez que ao compreender as nuances dessas condições a ESF pode desenvolver abordagens mais sensíveis e eficazes, promovendo não apenas prevenção e tratamento, mas também o suporte holístico aos aspectos psicológicos e emocionais dos pacientes.

As associações identificadas entre variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas reforçam a necessidade de uma abordagem integral no trato dessas condições crônicas. Além disso, as descobertas práticas deste estudo são relevantes para orientar intervenções específicas, visando não apenas à gestão clínica, mas à promoção da saúde mental e emocional nesses grupos populacionais.

Os resultados do presente trabalho proporcionam *insights* cruciais para a otimização da gestão de condições crônicas no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Essas informações não apontam apenas para possíveis melhorias nas estratégias de acompanhamento, educação em saúde e coordenação do cuidado a pacientes com HAS e DM, mas fornecem uma base sólida para a implementação de práticas mais eficientes e específicas.

Em função da relevância do estudo da QVRS para a população com diabetes e hipertensão, sugerem-se novos estudos nessa perspectiva, com delineamentos diferentes (intervenção, longitudinal e qualitativos), que venham a auxiliar os profissionais da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde e a população de modo geral.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, L. B. O. *et al.* Qualidade de vida de hipertensos acompanhados por uma equipe da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, e8816, mar./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.9111-19>
- ACSM. American College of Sports Medicine. **Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionada à saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AGUIAR, C. C. T. *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, ago. 2008.
- AMARAL, T. L. M. *et al.* Study of Chronic Diseases (Edoc): methodological aspects. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 8, jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000847>
- ANDRADE, F. C. D.; MEHTA, J. D. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. **PLoS One**, v. 13, n. 4, e0196494, Apr 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196494>
- ARAÚJO, R. O. *et al.* Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, v. 16, n. 1, p. 56-66, fev. 2016.
- ASCHALEW, A. Y.; YITAYAL, M.; MINYIHUN, A. Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus at the University of Gondar referral hospital. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 62, Dec 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01311-5>
- ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, e280308, out. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>
- AUQUIER, P.; SIMEONI M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, n. 33, p. 77-86, 1997.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
- BONCOMPAGNI, L. M. *et al.* Impactos da pandemia da COVID-19 na assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos na Atenção Primária à Saúde: revisão da literatura. **RECIMA21**, v. 3, n. 1, 2022. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i1.1055>
- BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 162-178, jan. 2018.
- BORGES, F. R.; GOYATÁ, S. L. T.; RESCK, Z. M. R. Visita domiciliar na formação de estudantes universitários segundo a Política de Humanização: Análise reflexiva. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, p. 630-634, 2016.
- BORGES, G. M. A transição da saúde no Brasil: variações regionais e divergência/convergência na mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, e0080316, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080316>



BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html). Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 37**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_adulto\\_hipertensao\\_arterial.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertensao_arterial.pdf). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf). Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em: 22 jun. 2022.

BRUM FERRAZ, E.; CECHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Qualidade de vida em diabéticos assistidos em Estratégia de Saúde da Família na região metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, v. 10, n. 3, p. 64-69, ago. 2020.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

CARDOSO, S. L. *et al.* Hipertensão arterial: mudanças de hábitos para adesão ao tratamento. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 215-219, jul. 2019.

CARVALHO, A. S. *et al.* Exercício físico e seus benefícios para a saúde das crianças: uma revisão narrativa. **Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2021.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p. 930-936, 2011.

CASSIANO, A. N. *et al.* Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2203-2212, jun. 2020.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

DALBERTO, C. R. *et al.* Índice de desenvolvimento humano eficiente: uma mensuração alternativa do bem-estar das nações. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 45, n. 2, p. 177-363, 2015.

- DAY, H.; JANKEY, S.G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. *In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation**: conceptual approaches, issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 1996. p. 39-50.*
- DHILLON, H.; NORDIN, R. B.; RAMADAS, A. Quality of Life and Associated Factors among Primary Care Asian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 19, p. 3561, Sep 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193561>
- DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 449-460, dez. 2013.
- DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.
- FEITOSA, A. D. M. *et al.* Relationship between office isolated systolic or diastolic hypertension and white-coat hypertension across the age spectrum: a home blood pressure study. **Journal of Hypertension**, v. 38, n. 4, p. 663-670, Apr 2020.
- FERREIRA, J. C. V. *et al.* Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3305>
- FERREIRA, P. L. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. **Acta Médica Portuguesa**, v. 13, n. 1-2, p. 55-56, 2000.
- FIÓRIO, C. E. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200052, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200052>
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- GÁLVEZ GALÁN, I. *et al.* Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. **Enfermería Clínica**, v. 31, n. 5, p. 313-322, Sep 2021.
- GIACHELLO, A. L. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v. 20, n. 5, p. 235-254, Oct 1996.
- GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, Aug 1994.
- GOMES, D. B. C. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos hipertensos atendidos em clínica de fisioterapia. **Sanare**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2015.
- GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hipertensão. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 2, p. 91-96, ago. 2018.
- GÓMEZ-VELA, M.; SABEH, E. N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. **Integra: Boletín de Noticias del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad**, v. 3, n. 9, p. 1-4, 2000.

GOUVEIA NETO, J. R. *et al.* Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos na atenção primária de saúde. **Nursing**, v. 22, n. 249, p. 2598-2603, fev. 2019.

GUIMARÃES, M. B.; THEODOROPOULOS, T. A. D. Perfil dos idosos hipertensos e diabéticos do estado de São Paulo com base no sistema de saúde Hiperdia. **Corpus Hippocraticum**, v. 1, n. 1, ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/456>. Acesso em: 22 jun. 2022.

GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, e1077-e1086, Oct 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2022.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 8th. ed. Brussels: IDF, 2017. Disponível em: [https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF\\_DA\\_8e-EN-final.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

INSEL, R. A. *et al.* Staging Presymptomatic Type 1 Diabetes: A Scientific Statement of JDRF, the Endocrine Society, and the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v. 38, n. 10, p. 1964-1974, Oct 2015.

KNAPIK, A. *et al.* The relationship between physical fitness and health self-assessment in elderly. **Medicine**, v. 98, n. 25, e15984, June 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000015984>

LI, J. *et al.* Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. **Medicine**, v. 97, n. 25, e10937, June 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000010937>

LINDEMANN, I. L. *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 45-52, jan. 2019.

LOPES, A. D.; CICONELLI, R. M.; REIS, F. B. D. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 42, n. 11-12, p. 355-359, dez. 2007.

MAGRI, S. *et al.* Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. **RECIIS**, v. 14, n. 2, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. supl. 2, p. 3-16, dez. 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, n. spe1, p. 1-13, 2022a.

MALTA, D. C. et al. Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2643–2653, 2022b.

MARINHO, A. P. R. et al. Tradução e adaptação cultural do *Quality of Life Questionnaire-Lung Cancer Module da European Organisation for Research and Treatment of Cancer* para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de pulmão no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, n. 4, e20170458, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590%2F1806-3713%2Fe20170458>

MARQUES, A. P. et al. Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2271-2282, jun. 2020.

MARTINS, T. C. F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, out. 2021.

AGUIAR, B. et al. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 2, mar. 2014. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n2p205>

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORESCHI, C. et al. Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, ago. 2018a. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i2.41000>

MORESCHI, C. et al. Estratégia Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2899-2906, dez. 2018b.

NOBRE, F. et al. 6ª Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 5, supl. 1, p. 1-29, maio 2018.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200006, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006>

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 741-747, mar. 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição**. Genebra: OMS, 1948.

PARATI, G. et al. European Society of Hypertension Practice Guidelines for home blood pressure monitoring. **Journal of Human Hypertension**, v. 24, n. 12, p. 779-785, Dec 2010.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012.

PITANGA, F. J. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S. Should physical activity be considered essential activity during the covid-19 pandemic? **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 33, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/ijcs.20200072>

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787-891, nov. 2019.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2021/2022**: Tempos incertos, vidas instáveis. Nova York: PNUD, 2022.

RIBEIRO, I. J. S. *et al.* Qualidade de vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 432-440, jun. 2015.

RODACKI, M. *et al.* Classificação do diabetes. *In*: BERTOLUCI, M. C. (Coord.). **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD, 2022.

RODRIGUES, P. D. V. *et al.* Autopercepção de hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família acerca da qualidade de vida. **Sanare**, v. 18, n. 2, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i2.1369>

RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J. *et al.* Health-related quality of life in diabetes mellitus and its social, demographic and clinical determinants: A nationwide cross-sectional survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 21-22, p. 4212-4223, Nov 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005.

RUIDIAZ-GÓMEZ, K. S.; CACANTE-CABALLERO, J. V. Desenvolvimento histórico do conceito de qualidade de vida: uma revisão da literatura. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 18, n. 3, p. 86-99, set. 2021.

SANTOS, A. D. L. *et al.* Microvascular complications in type 2 diabetes and associated factors: a telephone survey of self-reported morbidity. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 761-770, mar. 2015.

SANTOS, R. L. B.; CAMPOS, M. R.; FLOR, L. S. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1007-1020, mar. 2019.

SANTOSA, A. *et al.* The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. **Global Health Action**, v. 7, n. 1, e23574, Dec 2014. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23574>

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: SBD, 2019.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos**. 2005. 117 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, P. L. N. *et al.* Qualidade de vida do portador de hipertensão arterial sistêmica assistido por uma Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais. **JMPHC. Journal of Management & Primary Health Care**, v. 10, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.516>

SILVA, R. C. *et al.* Intervenções educativas na melhora da qualidade de vida de hipertensos: revisão integrativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 29, e20180399, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0399>

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 584-592, jun. 2015.

SOUTO, C. N. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8169-8196, 2020.

SOUZA, V. P.; VASCONCELOS, E. M. R. Educação em saúde como estratégia para o controle do diabetes *mellitus*: revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n1.a2318>

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. supl. 2, p. 132-145, dez. 2015.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. *et al.* Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 905-914, ago. 2004.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 10, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

TONETTO, I. F. A. *et al.* Quality of life of people with diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03424, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018002803424>

TUSA, B. S.; GEREMEW, B. M.; TEFERA, M. A. Health related quality of life and associated factors among adults with and without diabetes in Adama city East Shewa, Ethiopia 2019; using generalized structural equation modeling. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 83, Dec 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01337-9>

USNAYO, R. E. K. *et al.* Autoavaliação negativa associada ao estado objetivo da saúde e à qualidade de vida em adultos. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 4, p. 1-15, maio 2021.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.

WARE, J. E. *et al.* Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. **Medical Care**, v. 33, n. 4 (suppl.), p. AS264-A279, Apr 1995.

WARE, J. E. *et al.* **SF-36 Health Survey**: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, June 1992.

WHELTON, P. K. *et al.* 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Guideline for the Prevention, Detection Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. **Journal of American College of Cardiology**, v. 71, n. 6, p. 1269-1324, June 2018. DOI: <https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000066>

WHO. World Health Organization. **Classification of diabetes mellitus**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>. Acesso em: 10 jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **Medication Without Harm**: WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/). Acesso em: 10 jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jun. 2022.

XIAO, M. *et al.* Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 13, p. 2348, July 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16132348>

ZANETTI, M. L. *et al.* Satisfaction of diabetes patients under follow-up in a diabetes education program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 583-589, Aug 2007.



## ANEXOS

### ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Hipertensos e Diabéticos nos Serviços de Atenção Primária à Saúde: PACIENTE

Page 1

## 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Record ID	_____
Data da Entrevista	_____
Nome	_____
Naturalidade/UF	_____
Data de nascimento	_____ (DIA/MÊS/ANO)
Nome completo da Mãe	_____
Nº CPF	_____ (somente números (onze dígitos))
Nº Cartão do SUS	_____ (somente numeros)
Endereço (Rua/nº/Bairro/Complemento/CEP)	_____
Telefone pessoal	_____
Telefone Residencial/Comercial	_____
Telefone Recado	_____
E-mail	_____
Rede Social	_____ (facebook, instagran, outros)

## 2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Record ID	<hr/>
Idade	<hr/> (anos completos)
Sexo	<input type="radio"/> feminino <input type="radio"/> masculino
Cor da pele declarada	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela
Situação conjugal	<input type="radio"/> solteiro <input type="radio"/> casado/vive com companheiro <input type="radio"/> separado/divorciado <input type="radio"/> viúvo
Escolaridade	<input type="radio"/> Não alfabetizado/Não estudou em escola <input type="radio"/> Alfabetizado <input type="radio"/> Primário/5º ano/Fundamental I <input type="radio"/> Ginásio/9º ano/Fundamental II <input type="radio"/> Ensino Médio <input type="radio"/> Ensino Superior <input type="radio"/> Pós-graduação (último nível escolar completo)

## 4 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Record ID \_\_\_\_\_

Com que frequência você se sente estressado, cansado, fadigado no seu dia a dia?

- Nunca  
 Raramente  
 Às vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Se teve/tem Hepatite, qual tipo?

- Hepatite A  
 Hepatite B  
 Hepatite C  
 Hepatite Medicamentosa  
 (se hepatite sim)

Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, diria que sua saúde está

- Melhor  
 Igual  
 Pior

Comparando a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é

- Melhor  
 Igual  
 Pior

Em geral você dorme quantas horas por dia?

\_\_\_\_\_

Se teve Anemia, qual tipo?

\_\_\_\_\_

Considera as horas de sono habitual suficientes para repor as energias, deixando você mais disposto?

- Sim  
 Não  
 Às vezes

	Sim	Não	Não sei/Não lembro
Derrame cerebral (AVC/AVE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insônia (problema p/ dormir/manter o sono)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma/Bronquite/Enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença renal crônica (faz hemodiálise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dislipidemia (gordura no sangue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrose/Artrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença autoimune (Lúpus, artrite reumatoide)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirrose/hepatocarcinoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Câncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes tipo I (juvenil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto/angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiência cardíaca (coração crescido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros problemas cardíacos (arritmia, fibrilação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Se teve Câncer, qual tipo?

---

**5 AVALIAÇÃO DA HIPERTENSÃO**

Record ID \_\_\_\_\_

Alguns médicos já lhe disseram que o senhor tem Pressão Alta (Hipertensão)?

- Sim  
 Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres)  
 Não  
 Não sei

Há quanto tempo o senhor sabe que tem Pressão Alta (Hipertensão)?

\_\_\_\_\_  
(anos e meses)

Há quanto tempo o senhor iniciou o tratamento para hipertensão?

\_\_\_\_\_  
(especificar se anos ou meses)

Nos últimos 12 meses, quantas vezes o senhor consultou o "nome do médico/enfermeiro da unidade de saúde" devido à Pressão Alta (Hipertensão)?

\_\_\_\_\_

Há quantas semanas foi sua última consulta com o "nome do médico/enfermeiro da unidade de saúde" devido à Pressão Alta (Hipertensão)?

\_\_\_\_\_  
(em semanas)

Esta consulta foi agendada?

- Sim  
 Não  
 Não sei  
 (Em relação a última consulta para Hipertensão realizada na UBS)

O senhor precisa usar remédios para tratar a Pressão Alta (Hipertensão)?

- Sim  
 Não  
 Não sei

Nos últimos 12 meses, o senhor já participou de algum grupo de Hipertensos no "nome da unidade de saúde" ?

- Sim  
 Não  
 Não sei

A Hipertensão é uma doença para toda a vida?

- Sim  
 Não  
 (TESTE DE BATALLA PARA HIPERTENSÃO)

A Hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou remédios?

- Sim  
 Não  
 (TESTE DE BATALLA PARA HIPERTENSÃO)

Cite dois ou mais órgãos afetados pela Hipertensão:

\_\_\_\_\_  
(TESTE DE BATALLA PARA HIPERTENSÃO)

---

Algum médico já lhe disse que você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes da sua Pressão Alta (Hipertensão)?

- Mal funcionamento dos rins
- Infarto agudo do miocárdio
- Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande)
- Derrame cerebral (AVC/AVE)
- Crise Hipertensiva
- Retinopatia Hipertensiva  
(Pode assinalar mais de uma opção)

---

Durante sua vida, você teve alguma internação por Pressão Alta (Hipertensão)?

- Sim
- Não

---

Se teve alguma internação durante a vida por Hipertensão, quantas vezes?

\_\_\_\_\_

(Número de internações)

---

Se foi internado, alguma destas internações por Hipertensão aconteceu desde que você está consultando na "nome da unidade de saúde"?

- Sim
- Não

---

Número de internações por Hipertensão desde que está consultando neste serviço de saúde?

\_\_\_\_\_

**6 AVALIAÇÃO DO DIABETES**

Record ID \_\_\_\_\_

Algum médico já lhe disse que o você tem Diabetes?

- Sim  
 Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres)  
 Não  
 Não sei

Há quanto tempo você sabe que tem Diabetes?

\_\_\_\_\_  
(anos e meses)

Há quanto tempo você iniciou o tratamento para diabetes?

\_\_\_\_\_  
(especificar se anos ou meses)

Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou o "nome do médico/enfermeiro da unidade de saúde" devido ao Diabetes?

\_\_\_\_\_  
(nº de consultas)

Há quantas semanas foi sua última consulta com o "nome do médico/enfermeiro da unidade de saúde" devido ao Diabetes?

\_\_\_\_\_  
(em semanas)

Esta consulta foi agendada?

- Sim  
 Não  
 Não sei  
 (Em relação a última consulta para Diabetes realizada na UBS)

Você precisa usar remédios para tratar o Diabetes?

- Sim  
 Não  
 Não sei

Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de Diabéticos no "nome da unidade de saúde"?

- Sim  
 Não  
 Não sei

O Diabetes é uma doença para toda a vida?

- Sim  
 Não  
 (TESTE DE BATALLA PARA DIABETES)

O Diabetes pode ser controlada com dieta e/ou remédios?

- Sim  
 Não  
 (TESTE DE BATALLA PARA DIABETES)

Cite dois ou mais órgãos afetados pelo Diabetes:

\_\_\_\_\_  
(TESTE DE BATALLA PARA DIABETES)

---

Algum médico já lhe disse que você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes do Diabetes?

- Problemas na visão (Retinopatia, Catarata ou Glaucoma)  
 Problemas nos pés (Pé diabético)  
 Cetoacidose diabética  
 Problema renal (Nefropatia ou DRC)  
(Pode assinalar mais de uma opção)

---

Durante sua vida, você teve alguma internação por Diabetes?

- Sim  
 Não

---

Se teve alguma internação durante a vida por Diabetes, quantas vezes?

\_\_\_\_\_

(Número de internações)

---

Se foi internado, alguma destas internações por Diabetes aconteceu desde que você está consultando na "nome da unidade de saúde"?

- Sim  
 Não

---

Número de internações por Diabetes desde que está consultando neste serviço de saúde?

\_\_\_\_\_

(Número de internações)



## 7 MEDICAMENTOS 1

Record ID \_\_\_\_\_

Atualmente você está utilizando alguma medicação?

- Sim  
 Não

Qual medicamento (princípio ativo) 1?

\_\_\_\_\_  
(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

Qual a Dose da Medicação 1?

\_\_\_\_\_  
(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

Frequência do uso da medicação 1

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

Qual medicamento (princípio ativo) 2?

\_\_\_\_\_  
(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

Qual a Dose da Medicação 2?

\_\_\_\_\_  
(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

Frequência do uso da medicação 2

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

Qual medicamento (princípio ativo) 3?

\_\_\_\_\_  
(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

Qual a Dose da Medicação 3?

\_\_\_\_\_  
(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

Frequência do uso da medicação 3

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

Qual medicamento (princípio ativo) 4?

\_\_\_\_\_  
(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

---

Qual a Dose da Medicação 4?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

---

Frequência do uso da medicação 4

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

---

Qual medicamento (princípio ativo) 5?

(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

---

Qual a Dose da Medicação 5?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

---

Frequência do uso da medicação 5

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

---

Qual medicamento (princípio ativo) 6?

(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

---

Qual a Dose da Medicação 6?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

---

Frequência do uso da medicação 6

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

---

Qual medicamento (princípio ativo) 7?

(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

---

Qual a Dose da Medicação 7?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

---

Frequência do uso da medicação 7

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

---

Qual medicamento (princípio ativo) 8?

(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

Qual a Dose da Medicação 8?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

Frequência do uso da medicação 8

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

Qual medicamento (princípio ativo) 9?

(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

Qual a Dose da Medicação 9?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

Frequência do uso da medicação 9

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

Qual medicamento (princípio ativo) 10?

(Pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento)

Qual a Dose da Medicação 10?

(Exemplo 2 comp. de 25 mg)

Frequência do uso da medicação 10

- 1 vez/dia  
 2 vezes/dia  
 3 vezes/dia  
 Mais de 3 vezes/dia

Se está utilizando alguma medicação, para qual(is) doença(s)?

Como você consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- Unidade de saúde do SUS  
 Farmácia popular do governo federal  
 Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)  
 Não sabe

Nos últimos 30 dias, você ficou sem algum dos medicamentos para controlar a pressão alta por algum tempo?

- Sim  
 Não

Qual o principal motivo de ter ficado sem medicação para pressão alta?

- Não tinha na farmácia das unidades públicas de saúde  
 Receita vencida ou falta de receita  
 Não tinha dinheiro  
 Outro

Especificar outro motivo para a falta de medicamento para pressão alta.

---

Como você consegue a medicação para controlar a diabetes?	<input type="radio"/> Unidade de saúde do SUS <input type="radio"/> Farmácia popular do governo federal <input type="radio"/> Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria) <input type="radio"/> Não sabe
Nos últimos 30 dias, você ficou sem algum dos medicamentos para controlar o diabetes por algum tempo?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual o principal motivo de ter ficado sem medicação para diabetes?	<input type="radio"/> Não tinha na farmácia das unidades públicas de saúde <input type="radio"/> Receita vencida ou falta de receita <input type="radio"/> Não tinha dinheiro <input type="radio"/> Outro
Especificar outro motivo para a falta de medicamento para diabetes.	_____
Além do tratamento convencional, você utiliza alguns desses métodos alternativos para o tratamento da pressão alto e/ou do diabetes?	<input type="checkbox"/> Chás/Infusões <input type="checkbox"/> Homeopatia <input type="checkbox"/> Terapia de florais <input type="checkbox"/> Outro (Pode assinalar mais de uma opção)
Especificar outro método alternativo para tratamento da pressão alto e/ou diabetes.	_____

## 9 HÁBITOS DE VIDA

Record ID \_\_\_\_\_

Hábito de fumar:

- Fumante  
 Ex-fumante  
 Não fumante

Hábito de consumo de bebida alcoólica

- Não bebe  
 Já bebeu no passado e parou  
 Bebe eventualmente /raramente  
 Bebe somente nos finais de semana /até duas vezes por semana  
 Bebe até três vezes por semana  
 Bebe quatro ou mais vezes por semana

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação às pessoas de outras áreas e locais. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana (ÚLTIMA SEMANA). As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

(Ler para o entrevistado)

Yes  No

Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

\_\_\_\_\_  
(Se nenhum dia, colocar 0 (zero))

Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

\_\_\_\_\_  
(Especificar horas e minutos)

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

\_\_\_\_\_  
(Se nenhum dia, colocar 0 (zero))

Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

\_\_\_\_\_  
(Especificar horas e minutos)

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?

(Se nenhum dia, colocar 0 (zero))

Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

(Especificar horas e minutos)

Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana (no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus ou carro)?

(Especificar horas e minutos)

Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

(Especificar horas e minutos)

Você mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta para emagrecer ou por qualquer outro motivo?

- Não
- Sim, para perda de peso
- Sim, por orientação médica
- Sim, para dieta vegetariana ou redução do consumo de carne
- Sim, para redução de sal
- Sim, para redução de colesterol
- Sim, para ganho de peso
- Outro motivo

#### FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

	Diariamente	De 1 a 3 vezes por semana	A cada 15 dias	Mensalmente	Nunca
Legumes e verduras cruas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legumes e verduras cozidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frutas e/ou sucos naturais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feijão, ervilha, soja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leite e derivados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pães	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cereais integrais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolacha doce ou recheada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bolacha salgada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne vermelha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne branca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peixes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne de hambúrguer e embutidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Óleos vegetais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Margarina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frituras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperos pronto, condimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrigerante/suco artificial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrigerante zero (diet/light)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chocolates e outros doces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?

- Não  
 Sim, de vez em quando  
 Sim, sempre ou quase sempre

**10 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Record ID \_\_\_\_\_

Tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?

- Sim  
 Não

Com que regularidade consulta o médico?

- Todos os meses  
 A cada dois meses  
 A cada três meses  
 A cada seis meses  
 Uma vez ao ano  
 Não vai ao médico

Nos últimos três meses, você consultou um médico?

- Sim  
 Não

Qual o principal motivo pelo qual você procurou esse atendimento?

- Acidente ou lesão  
 Doença  
 Atestado de saúde  
 Para fazer consulta de rotina (ou Check-up)  
 Outros atendimentos preventivos  
 Sintomas inespecíficos

Onde procurou esse atendimento?

- Posto de saúde, centro de saúde  
 Consultório médico  
 Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  
 Ambulatório ou consultório de clínica  
 Ambulatório de hospital  
 Pronto socorro ou emergência  
 Atendimento domiciliar  
 Outro  
(Pode assinalar mais de uma opção)

Especificar outro local  
\_\_\_\_\_

Que atendimento recebeu neste local?

- Consulta médica de clínico geral  
 Consulta de médico especialista  
 Encaminhamento à emergência ou à Internação hospitalar  
 Somente marcação de consulta

Esse serviço de saúde onde você foi atendido era:

- Público - do SUS  
 Particular - pago por você  
 Por convênio - plano de saúde  
 Outros

Especificar outro tipo de serviço  
\_\_\_\_\_



---

Você recebe visita domiciliar da equipe do posto de saúde e/ou do Agente Comunitário de Saúde (ACS)?

- Não/Não sei
- Todos os meses
- A cada dois meses
- A cada três meses
- A cada seis meses
- Uma vez ao ano

---

Nos últimos trinta dias o você recebeu visita do ACS, sem contar com o agente de endemias?

- Sim
- Não

---

No último ano tomou a vacina da gripe?

- Sim
- Não

---

Você utilizou algum serviço de saúde nos últimos seis meses?

- Sim
- Não

---

Como você avalia o serviço de saúde onde foi atendido?

- Muito ruim
- Ruim
- Nem ruim nem bom
- Bom
- Muito bom

**11 QUALIDADE DE VIDA (SF36)**

Record ID \_\_\_\_\_

Em geral você diria que sua saúde é:

- Excelente  
 Muito Boa  
 Boa  
 Ruim  
 Muito Ruim

Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito Melhor  
 Um Pouco Melhor  
 Quase a Mesma  
 Um Pouco Pior  
 Muito Pior

**Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?**

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
Atividades Vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar ou carregar mantimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lances de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir um lance de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar mais de 1 quilômetro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar vários quarteirões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar um quarteirão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar banho ou vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com ALGUMA atividade REGULAR, como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou OUTRA atividade regular DIÁRIA, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma  
 Ligeiramente  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Extremamente

Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma  
 Muito leve  
 Leve  
 Moderada  
 Grave  
 Muito grave

Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma  
 Ligeiramente  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Extremamente

**Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas**

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

- Todo Tempo  
 A maior parte do tempo  
 Alguma parte do tempo  
 Uma pequena parte do tempo  
 Nenhuma parte do tempo

**O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acho que a minha saúde vai piorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha saúde é excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12 AVALIAÇÃO FÍSICA

Record ID	_____
Trouxe a última receita médica?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Data da última receita apresentada	_____ (checar na receita a data)
Nome do medicamento 1	_____
Quantidade do medicamento 1	_____
Nome do medicamento 2	_____
Quantidade do medicamento 2	_____
Nome do medicamento 3	_____
Quantidade do medicamento 3	_____
Nome do medicamento 4	_____
Quantidade do medicamento 4	_____
Peso (kg) - 1ª medição	_____ (Somente números. Colocar ponto no lugar de vírgula (ex.: 30.55))
Peso (kg) - 2ª medição	_____ (Somente números. Colocar ponto no lugar de vírgula (ex.: 30.55))
Altura (metros) - 1ª medição	_____ (Somente números. Colocar ponto no lugar de vírgula (ex.: 1.95))
Altura (metros) - 2ª medição	_____ (Somente números. Colocar ponto no lugar de vírgula (ex.: 1.95))

PAD (mmHg) - 1ª medição

(Pressão arterial diastólica 1ª medição após 5 min. repouso)

PAS (mmHg) - 1ª medição

(Pressão arterial sistólica 1ª medição após 5 min. repouso)

PAD (mmHg) - 2ª medição

(Pressão arterial diastólica 2ª medição após 2 min. da 1ª)

PAS (mmHg) - 2ª medição

(Pressão arterial sistólica 2ª medição após 2 min. da 1ª)

PAS (mmHg) - 3ª medição

(Pressão arterial sistólica 3ª medição após 2 min. da 2ª)

PAD (mmHg) - 3ª medição

(Pressão arterial diastólica 3ª medição após 2 min. da 2ª)

Frequência cardíaca (FC/min)

(Frequência cardíaca por minuto)

Qual sua mão dominante?

Direita  
 Esquerda

Já sofreu algum problema no ombro, braço, punho ou mão?

Sim  
 Não

Se sofreu algum problema no membro superior, favor indique tipo de problema, a região, o lado e há quanto tempo?

Ombro  
 Braço  
 Punho  
 Mão  
(Pode assinalar mais de uma opção)

Se sofreu algum problema no ombro, favor indique o lado.

Direito  
 Esquerdo  
 Ambos

Qual tipo de lesão no ombro e há quanto tempo ocorreu?

\_\_\_\_\_

Se sofreu algum problema no braço, favor indique o lado.

Direito  
 Esquerdo  
 Ambos

Qual tipo de lesão no braço e há quanto tempo ocorreu?	_____
Se sofreu algum problema no punho, favor indique o lado.	<input type="radio"/> Direito <input type="radio"/> Esquerdo <input type="radio"/> Ambos
Qual tipo de lesão no punho e há quanto tempo ocorreu?	_____
Se sofreu algum problema no mão, favor indique o lado.	<input type="radio"/> Direito <input type="radio"/> Esquerdo <input type="radio"/> Ambos
Qual tipo de lesão no mão e há quanto tempo ocorreu?	_____
FPM Mão Direita - 1ª Medição (kg)	_____ (Somente números naturais)
FPM Mão Esquerda - 1ª Medição (kg)	_____ (Somente números naturais)
FPM Mão Direita - 2ª Medição (kg)	_____ (Somente números naturais)
FPM Mão Esquerda - 2ª Medição (kg)	_____ (Somente números naturais)
FPM Mão Direita - 3ª Medição (kg)	_____ (Somente números naturais)
FPM Mão Esquerda - 3ª Medição (kg)	_____ (Somente números naturais)
Circunferência do braço direito (centímetros) - 1ª medição	_____ (Fita no ponto médio entre olécrano e acrômio)
Circunferência da cintura (centímetros) 1ª medição	_____ (Fita na altura do ponto médio entre crista ilíaca e 1ª costela)
Circunferência do quadril (centímetros) - 1ª medição	_____ (Fita na altura do trocanter)
Circunferência da Panturrilha direita (centímetros) - 1ª Medição	_____ (Fita no ponto de maior circunferência da perna)

---

Circunferência do braço direito (centímetros) - 2ª medição	(Fita no ponto médio entre olécrano e acrômio)
Circunferência da cintura (centímetros) 2ª medição	(Fita na altura do ponto médio entre crista ilíaca e 1ª costela)
Circunferência do quadril (centímetros) - 2ª medição	(Fita na altura do trocanter)
Circunferência da Panturrilha direita (centímetros) - 2ª Medição	(Fita no ponto de maior circunferência da perna)

---



**13 EXAMES**

---

Record ID

---

---

Observações sobre o Eletrocardiograma

---

---

Resultado do Eletrocardiograma  
(Principais resultados)

---

Está em jejum (está sem se alimentar nas últimas 12 horas)?

Sim  
 Não

---

Amostras biológicas coletadas

Sangue  
 Urina

---

Técnico Responsável pela Coleta:

\_\_\_\_\_ (nome do técnico que coletou)

---

Observações sobre a coleta dos exames

---

Glicemia Capilar (mg/dl)

---

---

Hemoglobina glicada

---

---

Glicemia média estimada (mg/dl)

---

---

Creatinina sérica (mg/dl)

---

---

Microalbuminúria

---

---

Colesterol total

---

---

HDL - colesterol

---

---

LDL - colesterol

---

---

Triglicerídeos

---

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente trabalho intitulado “Estudo das Doenças Crônicas: um olhar sobre a qualidade em saúde (EDOC-QUALI)”, visa analisar a prevalência de alterações da função renal e cardiovasculares e os fatores a elas associados em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do tipo 2 acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em Rio Branco, Acre, com a finalidade de subsidiar informações relevantes sobre o assunto para a comunidade científica e os órgãos competentes do poder público. A responsável pela pesquisa é a profa. Thatiana Lameira Maciel Amaral, e-mail: [thatianalameira27@gmail.com](mailto:thatianalameira27@gmail.com), tel. (68)99999-9696.

Os dados e informações provenientes deste trabalho sempre resguardando a sua privacidade, poderão ser utilizados com fins de publicação e produção de informações científicas, com o intuito de buscar a melhoria na qualidade de assistência em saúde através do conhecimento dos possíveis intervenientes. Os benefícios aos participantes da pesquisa são exclusivamente indiretos, visto que as informações advindas das pesquisas de campo servem como base para a formulação de estratégias em saúde.

A entrevista irá durar, aproximadamente, 30 minutos. Serão realizadas perguntas sobre o seu estado de saúde, os seus hábitos, problemas de saúde crônicos, como hipertensão e diabetes, bem como sobre a assistência de saúde recebida. Além da entrevista, serão realizados exames físicos com tomada de medidas antropométricas, sinais vitais, exame eletrocardiográfico e coleta de amostras de sangue e urina para análise laboratorial, se o(a) sr(a) consentir. A coleta de sangue, permitirá medir seu nível de colesterol, açúcar no sangue, creatinina e hemograma completo, e a coleta de urina, para determinar creatinina e presença de infecção (EAS). As medidas e os exames laboratoriais são muito importantes, porque são sinais precoces de risco de complicações advindos a hipertensão e/ou diabetes. Também será realizado um exame de eletrocardiograma. O(a) sr(a) receberá no seu domicílio todos os resultados das medidas e exames laboratoriais feitos na pesquisa, de forma totalmente gratuita, lhe dando a oportunidade de conhecer a sua situação de saúde em relação à hipertensão e ao diabetes e as necessidades de prevenção e/ou tratamento para prevenir complicações. Na presença de alteração em qualquer dos resultados de saúde o(a) sr(a) encaminhado(a) a um serviço de saúde pela própria equipe da pesquisa.

O trabalho a ser desenvolvido poderá trazer informações sobre a saúde física e mental dos entrevistados, sendo os possíveis danos advindos com a aplicação do questionário por meio de desconforto ou constrangimento. Outro risco refere-se a coleta de sangue que pode resultar em dor, hematoma, ou outro desconforto no local da coleta. Raramente pode ocorrer desmaio ou infecção no local da punção, sendo que todos os cuidados serão realizados para minimizar todos os possíveis riscos. Além disso, outro risco refere-se ao acesso a informações sigilosas advindas dos resultados dos exames realizados, porém todos os resultados serão disponibilizados de forma individualizada e privativa aos participantes, sendo garantido acesso ao tratamento e acompanhamento nas Unidades de Saúde em caso de identificação de problemas de saúde.

A presente pesquisa segue os dispositivos da Resolução Nº. 466/2012. Segue ainda endereço e contato do CEP/UFAC: Bloco da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós- Graduação, Sala 26, telefone (68) 3901-2711, e-mail: [cepufac@hotmail.com](mailto:cepufac@hotmail.com). A sua participação neste estudo é voluntária, não incorrerá em custos pessoais, nem tampouco em qualquer tipo de remuneração. Qualquer informação divulgada em relatório ou publicação garantirá a confidencialidade de seus dados pessoais. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Além disso, receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Fica garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Assim, manifesto meu consentimento em participar do trabalho acima

referido, tendo tido oportunidade de ler e/ou entender os termos e palavras contidas no termo acima, sendo que me foram dadas explicações referentes a ele.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado(a) que deverei responder o questionário sobre o assunto e realizar exames de sangue e urina, e que é garantido o sigilo e a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Estou ciente ainda de que, em qualquer momento que me sentir constrangido(a) em participar deste trabalho, comunicarei ao pesquisador e serei, desta forma, excluído(a) da pesquisa.

Rio Branco, Acre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

## ANEXO C – APROVAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO  
ACRE - HCA/FUNDHACRE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Função renal e alterações cardiovasculares em hipertensos e diabéticos de Rio Branco, Acre.

**Pesquisador:** GINA TORRES REGO MONTEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 84541517.0.0000.5009

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.753.401

**Apresentação do Projeto:**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) representam graves ameaças à saúde pública mundial por estarem associadas ao aumento da morbimortalidade, notadamente das alterações cardiovasculares e da função renal. O conhecimento das características e dos fatores relacionados em pacientes com HAS e DM é oportuno uma vez que permite orientar a gestão e o planejamento de ações eficazes para o controle dessas enfermidades e prevenção de complicações, garantindo assim melhor qualidade de vida dos pacientes. O objetivo do presente estudo é investigar a prevalência de alterações da função renal e cardiovasculares e os fatores associados em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Rio Branco, Acre. Para tanto, será realizado um inquérito de base populacional com amostra probabilística dos portadores de HAS e/ou DM acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família em Rio Branco, Acre. Serão obtidas informações demográficas, antropométricas, clínicas e de exames laboratoriais por meio de coleta e análise de amostras de sangue e urina, bem como de avaliação física e entrevista.

**Endereço:** BR 364 - Km 02

**Bairro:** Distrito Industrial

**CEP:** 69.914-217

**UF:** AC

**Município:** RIO BRANCO

**Telefone:** (68)3226-4809

**Fax:** (68)3226-4809

**E-mail:** cep.hc@ac.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO  
ACRE - HCA/FUNDHACRE



Continuação do Parecer: 2.753.401

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a prevalência de alterações da função renal e cardiovasculares e os fatores a elas associados em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do tipo 2 acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família em Rio Branco, Acre.

**Objetivo Secundário:**

a) Definir o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com HAS e DM; b) Verificar a prevalência de alterações da função renal e cardiovasculares em pacientes com HAS e DM; c) Analisar os fatores associados às alterações da função renal e cardiovasculares em pacientes com HAS e DM.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O trabalho a ser desenvolvido poderá trazer informações sobre a saúde física e mental dos entrevistados, sendo os possíveis danos advindos com a aplicação do questionário por meio de desconforto ou constrangimento. Outro risco refere-se a coleta de sangue que pode resultar em dor, hematoma, ou outro desconforto no local da coleta. Raramente pode ocorrer desmaio ou infecção no local da punção, sendo que todos os cuidados serão realizados para minimizar todos os possíveis riscos. Além disso, outro risco refere-se ao acesso à informações sigilosas advindas dos resultados dos exames realizados, porém todos os resultados serão disponibilizados de forma individualizada e privativa aos participantes, sendo garantido acesso ao tratamento e acompanhamento nas Unidades de Saúde em caso de identificação de problemas de saúde.

**Benefícios:**

Os benefícios aos participantes da pesquisa são exclusivamente indiretos, visto que as informações advindas das pesquisas de campo servem como base para a formulação de estratégias em saúde. Sendo garantido a entrega de todos os resultados das avaliações de saúde, bem como os encaminhamentos para acompanhamento de saúde daqueles participantes que apresentarem alteração em qualquer item da avaliação de saúde da

Endereço: BR 364 - Km 02  
 Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

Continuação do Parecer: 2.753.401

presente pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa é relevante, pois com a realização do presente estudo espera-se contribuir para a compreensão da relação da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus com desfechos cardiovasculares e alterações renais e outros agravos à saúde e qualidade de vida. Subsidiando informações necessárias ao planejamento e tomada de decisões em saúde pública com vistas no controle destas doenças e evitando complicações e outros agravos relacionados, contribuindo desta maneira com a saúde e a qualidade de vida desta população. Além de produzir informações que permitam avaliar a efetividade do programa Hiperdia em Rio Branco, Acre.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Projeto de Pesquisa analisado atende aos princípios e diretrizes para Pesquisa Científica na área da saúde, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012.

**Recomendações:**

Considerando que o(a) pesquisador(a) fez os ajustes necessários de acordo com as pendências listadas, recomendamos a aprovação do mesmo

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisadores atenderam todas as pendências relacionadas, de acordo com Parecer do CEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- 1 - Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justifica previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS nº 466/2012, X.3-4.
- 2 - Conforme item XI.1, do capítulo XI, da Resolução CNS nº 466/12, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Portanto, cabe ao pesquisador responsável:
  - Desenvolver o projeto conforme delineado;
  - Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
  - Apresentar os dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
  - Manter os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 05 anos após o término da pesquisa;

Endereço: BR 364 - Km 02  
 Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

## HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE - HCA/FUNDHACRE



Continuação do Parecer: 2.753.401

- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do Projeto ou a não publicação dos resultados.

3 - Em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466/2012: o Relatório Parcial deve ser apresentado após a coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" item II.20 e o Resultado Final deverá ser apresentado "após encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", item II.19.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_999985.pdf	08/08/2018 12:54:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DRC_DCV.pdf	08/08/2018 12:53:35	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DRC_COR.pdf	08/08/2018 12:53:11	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NAOINICIOU_DRC_COR.pdf	01/03/2018 11:08:45	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTOR_INSTITUCIONAL_DRC.pdf	01/03/2018 11:08:57	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Folha de Rosto	FR_DRC.pdf	31/01/2018 18:17:57	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Outros	DRC_COMPROM.pdf	23/09/2017 01:42:25	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Outros	DRC_FINS_EXC.pdf	23/09/2017 01:41:33	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Outros	DRC_ENCAMI.pdf	23/09/2017 00:40:58	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANUENCIA_THATIANA.pdf	23/09/2017 00:27:35	THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: BR 364 - Km 02  
 Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO  
ACRE - HCA/FUNDHACRE



Continuação do Parecer: 2.753.401

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO BRANCO, 04 de Julho de 2018

---

Assinado por:  
**Maria José Lucas Mortari**  
(Coordenador)

Endereço: BR 364 - Km 02

Bairro: Distrito Industrial

CEP: 69.914-217

UF: AC

Município: RIO BRANCO

Telefone: (68)3226-4809

Fax: (68)3226-4809

E-mail: cep.hc@ac.gov.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA


ORIENTAÇÕES PARA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - ANEXO 1

**AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Rio Branco-AC, 17/04/24

Nome do autor: Kaira Carla de Oliveira Portilho

 Documento assinado digitalmente  
KAIRA CARLA DE OLIVEIRA PORTILHO  
Data: 17/04/2024 21:07:38-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE