

ESTILO DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

LIFESTYLE AND ITS RELATIONSHIPS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

Elias Ferreira Porto¹
Claudia Kumpel²
Anselmo Cordeiro de Souza³
Izabel Maria de Oliveira⁴
Karoline Mayara de Aquiles Bernardo⁵
Antônio Adolfo Mattos de Castro⁶

Recebido em: 18 jul. 2017
Aceito em: 15 maio 2018

RESUMO: Avaliar o estilo de vida e percepção do estado geral de saúde em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 - DM, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e indivíduos saudáveis. **Métodos:** Estudo transversal, com grupo controle. Avaliado estilo de vida com *Questionário Fantástico*, e percepção geral de saúde via uma *pergunta âncora* de diabéticos do tipo 2 (n = 37), hipertensos (n = 60), e indivíduos saudáveis (n = 43). Análise estatística descritiva, análise de variância, e razão de chance (*Odds Ratio* – OR). **Resultados:** Verificou-se diferença significativa ($p < 0,0001$) na pontuação do *Questionário Fantástico* entre os indivíduos saudáveis em relação DM e HAS. O pior desempenho no estilo de vida para os três grupos foi nos domínios de atividade física e alimentação. O risco do indivíduo com HAS afirmar que sua saúde é pior do que indivíduos da mesma faixa etária foi OR 1.8 (1.415 a 2.419) e para os indivíduos diabéticos OR de 2.8 (1.776 a 4.579) em relação a indivíduos saudáveis. **Conclusão:** Diabéticos e hipertensos têm um pior estilo de vida e percepção geral de saúde do que indivíduos saudáveis. Assim o estilo de vida saudável pode reduzir a prevalência e auxiliar no controle de doenças já estabelecidas. **Palavras-chave:** Estilo de vida. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT: To evaluate the lifestyle and perception of general health status in patients with type 2 diabetes mellitus - DM, systemic arterial hypertension - SAH and healthy individuals. **Methods:** Cross-sectional study with control group. (N = 37), hypertensive (n = 60), and healthy subjects (n = 43) were assessed using a Fantastic Questionnaire, and general health perception via an anchor question. Descriptive statistical analysis, analysis of variance, and odds ratio (Odds Ratio - OR). **Results:** There was a significant difference ($p < 0.0001$) in the score of the Fantastic

¹ Fisioterapeuta e Engenheiro Civil, Mestre e Doutor em Medicina Translacional pela UNIFESP. Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP.

² Fisioterapeuta, Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP.

³ Mestrando em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP. Licenciado em Pedagogia pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba - FALC, e Bacharel em Teologia pelo Seminário Adventista Latino Americano de Teologia - SALT.

⁴ Fisioterapeuta do Hospital Adventista de São Paulo. Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP.

⁵ Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP.

⁶ Professor Doutor da Universidade Federal Dos Pampas.

Questionnaire among healthy individuals in relation to DM and SAH. The worst lifestyle performance for the three groups was in the physical activity and feeding domains. The risk of the individual with SAH to state that their health is worse than individuals of the same age group was OR 1.8 (1.415 to 2.419) and for the diabetic individuals OR of 2.8 (1.776 to 4.579) in relation to healthy individuals. **Conclusion:** Diabetics and hypertensives have a worse lifestyle and overall health perception than healthy individuals. Thus the healthy lifestyle can reduce the prevalence and help in the control of already established diseases.

Keywords: Lifestyle. Hypertension. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

A Carta de Ottawa, documento tido como marco histórico na saúde pública, conceitua promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. Reflexo de uma tendência na atualidade ao pensar saúde na contemporaneidade, o trazer uma maior valorização da responsabilidade pessoal, familiar e mesmo comunitária numa perspectiva ativa e participativa para além de controle ou prevenção de doenças, mas sim ampla educação e promoção da saúde, numa parceria indissociável (FERNANDEZ et al., 2008; SCLIAR, 2007).

Por um lado para progresso do conhecimento e entendimento de problemas complexos, os estudos sobre os determinantes da saúde e seus desdobramentos devem ser vistos de modo multidisciplinar. As condições gerais da existência caracterizam o *modo de vida* que articula condições de vida e estilo de vida que são o pano de fundo das abordagens em saúde, interpretados no espaço sócio histórico. Realidade complexa na busca por discriminar os determinantes individuais e sociais. Num entanto é possível averiguar a estreita relação de influências recíprocas, geradoras ainda de desigualdades e por vezes iniquidades em saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por outro lado no olhar do contemporâneo paradigma da complexidade, *saúde* se daria para além de sua determinação e ou especificação, compreendendo a disciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Num esforço por um entendimento mais próximo da realidade, num amplo diálogo, culturalmente sensível, mediado por uma história que transcende o restrito, e melhor aborda a integralidade e natureza do ser e viver humano (MEIRELLES, ERDMANN, 2006).

Há ainda estudos inferindo da existência de um campo aberto e em construção tanto na área da promoção da saúde como também a respeito da temática estilo de vida relacionada a saúde, incluindo suas bases teóricas, avaliação e mensuração enfatizando que a mesma revela-se repleta de lacunas, tanto no que diz respeito ao entendimento de avaliação do estilo de vida e seus componentes quanto no aperfeiçoamento de instrumentos de medida confiáveis, propondo novos estudos tanto qualitativos como quantitativos, com maior rigor teórico e metodológico, para melhor compreensão do fenômeno e suas relações (SOUZA et al., 2016; PORTO et al., 2015)

Estudos sobre estilo de vida já ocorrem desde a revolução industrial no século XVIII e a quase 50 anos são realizados estudos com adventistas do sétimo dia, que estimulam na sua comunidade uma alimentação saudável, abstenção de tabaco, álcool e de outros produtos nocivos à saúde, uso abundante de água, exposição a luz solar no período da manhã e final da tarde e exercício físico (FERREIRA et al., 2011).

Diante da agitação da vida moderna, o estilo de vida, que corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, tem sido contrário a promoção de saúde compondo hábitos não saudáveis, tais como abuso de álcool e drogas, tabagismo e estresse elevado, e assim adquirindo riscos para doenças crônicas como Diabetes Mellitus - DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (PEREIRA et al., 2017; FERREIRA et al., 2011).

Assim, programas de intervenção que promovam mudança no estilo de vida devem ser incentivados no intuito de melhorar a qualidade de vida da população de risco. Estudos analisaram que a modificação de componentes de um estilo de vida inadequado, para uma dieta equilibrada, associado a prática regular de atividade física contribuem para o controle metabólico e redução dos fatores de risco para síndrome metabólica, DM do tipo 2, hipertensão arterial e Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (SALMERON et al., 2001; MEYER et al., 2000; MARTINS et al., 1996).

O estilo de vida como um dos fatores que contribuem para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, favorece o prolongamento e qualidade da saúde da população em geral (PORTO et al., 2015). Nessa perspectiva nosso objetivo neste artigo foi avaliar o estilo de vida e percepção sobre o estado de saúde geral em indivíduos com diabetes tipo 2, hipertensos e indivíduos saudáveis.

MÉTODOS

Se trata de um estudo transversal com grupo controle, no qual foram avaliados aspectos relacionados ao estilo de vida de 140 participantes. A pesquisa foi realizada no centro de pesquisa de Pós-graduação da Instituição de Ensino Superior – IES proponente, bem como aprovada pelo comitê de ética da mesma sob o número de parecer 232.402, sendo este trabalho um recorte de um estudo maior sobre a prevalência de hipertensão e diabetes entre adventistas do sétimo dia.

Os indivíduos que participaram deste estudo foram distribuídos em três grupos: Grupo I sendo formado por indivíduos saudáveis (controle), Grupo II formado por indivíduos com diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo II e o Grupo III formado por indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) e Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Foram incluídos no estudo homens e mulheres adultos, clinicamente estáveis sem quadro de exacerbação da doença no último mês que antecedeu o início do estudo e que apresentavam doenças crônicas (HAS e DM). Indivíduos saudáveis que não apresentaram

diagnóstico prévio de doenças crônicas foram considerados grupo controle e para tanto responderam negativamente ao diagnóstico prévio de HAS ou DM.

Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Não fizeram parte do estudo indivíduos com problemas mentais que não conseguiriam responder aos questionários. O diagnóstico de HAS e DM foi realizado em um período inferior a um ano prévio ao início do estudo.

Para a coleta de dados foi aplicado o *Questionário de Estilo de Vida Fantástico*. Sobre este salientamos que por ocasião de sua concepção, influenciado pelo então *Relatório de Lalonde* (1974) embalados pelo reforço e ampliado destaque como também pelo marcante interesse a época na promoção da saúde, uma década depois (1984) são publicados de modo pioneiro, uma série de seis artigos do Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, compondo assim o detalhamento do desenvolvimento de um instrumento de avaliação do estilo de vida i.ou comportamentos saudáveis, a saber, o *Fantastic*. Intencionando auxiliar os médicos que trabalhavam com a prevenção, para que estes pudessem conhecer e medir o estilo de vida dos seus pacientes de modo mais efetivo (WILSON, CILISKA, 1984a; CILISKA, WILSON, 1984b; WILSON, NIELSEN, CILISKA, 1984; SHARRATT, SHARRATT, SMITH, HOWELL, DAVENPORT, 1984; SIMPSON, ALBERT, WILSON, CILISKA, EVANS, 1984; KASON, YLANKO, 1984).

No primeiro artigo da *hexalogia* é mencionado que apesar de existir a época outros instrumentos de avaliação do estilo de vida, qualifica-os de complicados, e não aponta ou faz referência de quais são estes. Assim para fazer frente a esta e outras limitações apontadas foi pensado num instrumento simples, de nome que originou-se com auxílio de um mnemônico (WILSON, CILISKA, 1984a).

O acrônimo *FANTASTIC* representa as letras iniciais dos nomes dos nove domínios do instrumento (na língua inglesa) onde atualmente estão distribuídos os 25 indicadores da versão brasileira: F= *Family, friends* (família e amigos); A = *Activity* (atividade física); N = *Nutrition* (nutrição); T = *Tobacco, toxics* (cigarro e drogas); A = *Alcohol* (álcool); S = *Sleep, seatbelts, stress* (sono, cinto de segurança, estresse); T = *Type of Personality* (tipo ou padrão de comportamento); I = *Insight* (introspecção); C = *Career* (trabalho). É um instrumento dimensional genérico auto administrado que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados pretendem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde (RODRIGUEZ-ANEZ et al., 2008).

A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna.

A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Estilo de vida excelente” (85 a 100 pontos), “Estilo de vida muito bom” (70 a 84 pontos), “Estilo de vida bom” (55 a 69 pontos), “Estilo de vida regular” (35 a 54 pontos) e “Estilo de vida que necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

O questionário foi aplicado a três grupos distintos compostos de: hipertensos, diabéticos tipo II e um grupo controle. Além disto, foi feita uma questão ancora para os participantes: *Você considera sua saúde muito melhor, melhor, igual, pior ou muito pior em relação a pessoas de sua mesma idade?*

A análise estatística dos dados está apresentada em média e desvio padrão, e a normalidade dos dados foi analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise de variáveis numéricas entre os grupos foi realizada por meio da análise de variância (One way). Para avaliar a razão chance as variáveis foram dicotomizadas e utilizou-se o teste de *Odds Ratio*. Foi considerado $p < 0,05$ como significância estatística.

RESULTADOS

Os 140 indivíduos que participaram do estudo foram distribuídos em três grupos, o primeiro grupo formado por indivíduos saudáveis ($n = 43$), o segundo por indivíduos com DM ($n = 37$) e o terceiro grupo formado por indivíduos hipertensos ($n = 60$). Os grupos eram homogêneos entre si, não havendo significância estatística entre as variáveis analisadas como é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Características basais dos três grupos. São Paulo SP, Brasil, 2013.

Variáveis	Saudáveis n = 43	DM* n = 43	HAS† n = 60	Valor p
Idade	54±8	56±11	55±10	0,6
Sexo (M/F)	21/22	20/17	28/32	0,58
Medicamentos (sim/não)		28/19	34/26	
Controlada / não controlada		27/10.	44/16	0,88
Saúde: regular/ ruim	‡ 3/1	12/6.	23/4	0,004
Saúde: boa/ muito boa	28/11‡	17/2.	17/16	0,004
Morbidade (sim/não)		19/18	28/32	0,56
Em tratamento (sim/não)		‡ 7/30.	30/30	0,032
Causa: família/ alimentação		17/14	20/11	
Obesidade/ não obeso	15/28	‡ 10/27	20/19	0,042
Boa saúde (sim/não)		31/6.	34/16	0,88
Saúde em relação aos outros (igual/muito melhor)	29/8‡	10/1.	27/1	0,002
Saúde em relação aos outros (pior/muito pior)	5/0	2/5.	27/5	0,21
Estilo de vida bom/muito bom	‡ 21/10	12/7	26/4	0,042
Estilo de vida ruim/muito ruim	9/3	16/4	19/11	0,56

* Indivíduos com diabetes mellitus.

† Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica.

‡ Significância estatística $p < 0,05$.

Avaliado o Estilo de Vida - EV dos grupos, verificou-se que há diferença significativa ($p < 0,0001$) para a pontuação alcançada no questionário estilo de vida fantástico entre os indivíduos saudáveis em relação DM e HAS. O escore de pontuação para os participantes saudáveis foi $71,7 \pm 8,8$ sendo classificados o EV como *muito bom*, para os indivíduos diabéticos foi $59,9 \pm 17,7$ sendo o EV classificado como *muito bom* e para os indivíduos

hipertensos 42, 8±16,8 pontos, sendo classificados o EV como regular.

O pior desempenho no estilo de vida para os três grupos foi nos domínios de atividade física e alimentação, onde o grupo I, de indivíduos saudáveis, teve melhor desempenho em relação aos demais grupos tanto no domínio alimentação quanto em atividade física. Já o grupo de hipertensos teve pior desempenho em atividade física do que o grupo diabético, entretanto o grupo hipertenso alcançou maior desempenho no domínio alimentação em relação ao grupo de diabético como pode ser percebido na figura 1.

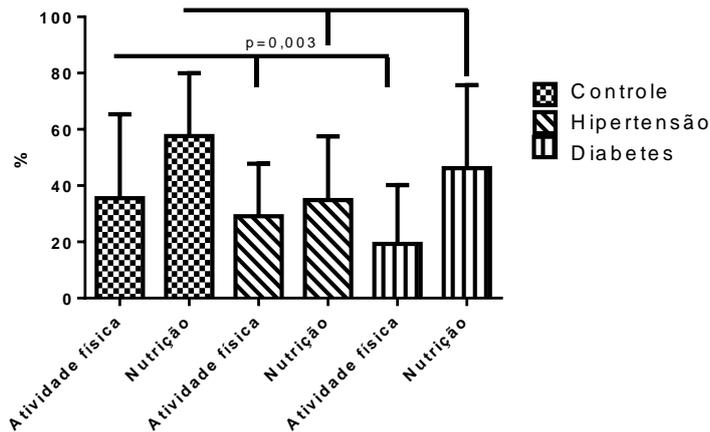


Figura 1 - Avaliação do estilo de vida por meio de dois domínios (Atividade física e Nutrição) do Questionário Fantástico.

A chance do indivíduo com HAS descontrolada declarar que sua saúde é pior do que indivíduos com HAS controlada da mesma idade é *Odds Ratio* - OR 1.3 e Intervalo de Confiança (0,63 a 2.9), para os indivíduos diabéticos a OR foi de 1.2 (0.42 a 3.2). O risco do indivíduo com HAS afirmar que sua saúde é pior do que indivíduos da mesma faixa etária é OR 1.8 (1.415 a 2.419) e para os indivíduos diabéticos o OR foi de 2.8 (1.776 a 4.579) em relação a indivíduos saudáveis. Considerando apenas o grupo no qual a doença não está controlada para o grupo diabéticos o risco foi de 3.4 (1.287 a 8.941), para os indivíduos hipertensos OR 1.7 (1.058 a 2.556) em relação a indivíduos saudáveis. Quando comparados diabéticos e hipertensos o OR foi 1.3 (0.9078 a 2.6). Dados estes como expresso na tabela 2.

Tabela 2- Ajuste *Odds Ratios* - OR e Intervalo de Confiança – IC de 95%, em indivíduos com diagnóstico de diabetes e hipertensão. Ajuste total para idade e sexo, “homem” e “mulher” ajuste por idade. São Paulo SP, Brasil, 2013.

Variável	<i>Odds Ratios</i>	Intervalo de Confiança	Valor p
HAS* Vs Controle	1,8	1,415 to 2,419	0,0070
DM† Vs. Controle	2,8	1,776 to 4,579	0,0002
HAS* não controlada Vs. Controlada	1,3	0,63 to 2,9	0,0680
DM† não controlada Vs. Controlada	1,2	0,42 to 3,2	0,0800
DM† não controlada Vs Controle	3,4	1,287 to 8,941	<0,0001
HAS* não controlada Vs. Controle	1,7	1,058 to 2,556	0,0040

* Indivíduos com diabetes mellitus

† Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica

Dentre os grupos analisados, foram distribuídos em dois subgrupos, aqueles que declaram ser sua saúde *pior* e aqueles que disseram ser sua saúde *melhor* do que pessoas de sua faixa etária. Foi verificado nos grupos I e II, saudáveis e diabéticos respectivamente, percepção de *pior* saúde em relação as pessoas de sua idade, além de pior desempenho no domínio alimentação em relação aos que declararam ser a sua saúde *melhor* do que indivíduos de sua faixa etária. Também foi encontrado um *pior* desempenho do domínio alimentação do Questionário Fantástico no grupo III em relação aos demais grupos, como indicado na figura 2.

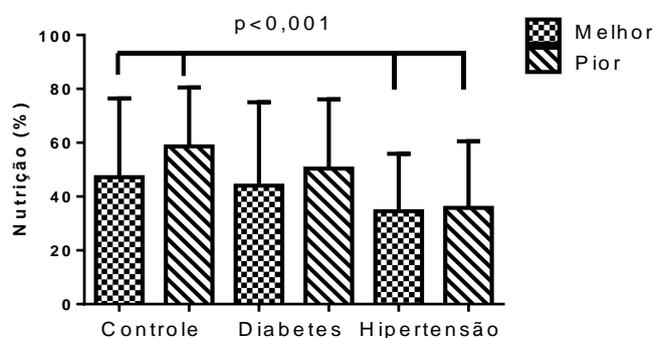


Figura 2- Estilo alimentar avaliado pelo domínio nutrição do Questionário Fantástico para os três grupos.

De modo semelhante ocorreu com os grupos II e III, diabéticos e hipertensos respectivamente, quando avaliamos a prática de atividade física, pois aqueles que declararam que sua saúde era pior do que pessoas de sua faixa etária tinham pior desempenho no domínio atividade física, como explicitado na Figura 3.

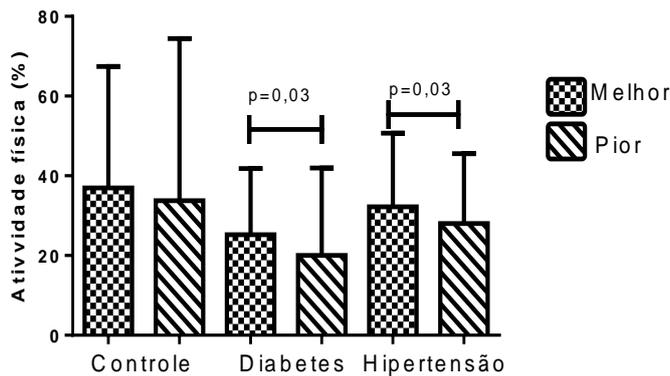


Figura 3 - Atividade física avaliada pelo domínio do questionário Estilo de Vida Fantástico para os três grupos.

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a percepção que os indivíduos diabéticos e hipertensos têm sobre sua saúde e suas relações com o estilo de vida. Dentre os principais resultados foi verificado que indivíduos diabéticos e hipertensos têm pior estilo de vida do que indivíduos saudáveis, e que estes indivíduos têm percepção que sua saúde é pior do que indivíduos de sua mesma idade. Isto fica mais evidente quando foi analisado separadamente indivíduos com a doença controlada e não controlada.

A percepção da saúde foi avaliada por meio de uma questão âncora, como também tem sido utilizado por outros autores (NAHAS, 2013). Já a coleta de dados provenientes da aferição do estilo de vida, foi feita por meio de instrumento aceito como válido, com boa confiabilidade e reprodutibilidade (PORTO et al, 2015; RODRIGUEZ-ANEZ et al., 2008). Ainda que não seja possível omitir a atual e apropriada discussão da qualidade dos instrumentos de medida uni e multidimensionais, sejam estes específicos ou genéricos, usados em estudos epidemiológicos, bem como do próprio entendimento de validade(s). Ou mesmo validação estatística/psicométrica bem como validação prática destes instrumentos, o que se torna essencial entre os pilares de elaboração da própria pesquisa (REICHENHEIM, MORAES, 2011; MAROCO, 2006). Nossos resultados se por um lado em alguma medida limitados, por outro lado parecem ser produtos de ferramentas metodológicas razoáveis, se propondo a contribuir para melhor compreensão do quadro de saúde destes indivíduos.

Em nosso estudo o estilo de vida foi significativamente pior entre os indivíduos com hipertensão e diabetes do que indivíduos saudáveis. Ratificando o já posto na literatura que ações e hábitos podem ter grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos (PEREIRA et al., 2017; MIRANDA, 2017). Nossos resultados corroboram na direção de que o surgimento da diabete e hipertensão está relacionado ao estilo de vida adotado por estes indivíduos durante algum tempo de suas vidas.

Alguns estudos têm mostrado que a adoção de um estilo de vida saudável precocemente, pode melhorar o controle metabólico e a qualidade de vida de indivíduos (Slavíček et al., 2008; Tuomilehto et al., 2001). Outros autores também mostraram que existe um grande interesse na saúde pública em realizar atividades de prevenção primária de DM, por meio de intervenções educacionais sobre o estilo de vida, com ênfase no aspecto nutricional e na atividade física. Para estes autores a educação preventiva demonstrou ser mais eficaz até na terapia farmacológica, uma vez que as modificações no estilo de vida influenciam diretamente os fatores causais do DM (TUOMILEHTO ET AL., 2003).

Estudos ainda têm demonstrado que a aplicação de mudanças de estilo de vida sem a farmacoterapia pode diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas e que 10 dias de intervenção como mudanças de hábitos de vida, baixo consumo de calorias, dieta com baixo teor de gordura, um ambiente livre de estresse e uma pequena quantidade de treinamento físico podem reduzir significativamente o colesterol sérico, glicemia e pressão arterial em indivíduos maiores de 50 anos (TUOMILEHTO ET AL., 2001; MARTINS et al., 1996).

O estilo de vida está relacionado às escolhas diárias do indivíduo, de quanto e como realizar as atividades físicas, qual quantidade e qualidade da alimentação e boa ingestão hídrica, e quantidade de sono. Os hábitos adquiridos e o estilo de vida adotado durante a vida poderão determinar a funcionalidade do organismo. Possa ser que alterações na homeostase como a menor produção de insulina, resistência da membrana celular, maior volume sérico de catecolaminas elevação da pressão arterial estejam totalmente relacionados ao estilo de vida (MOREIRA et al., 1995). É possível que indivíduos sedentários que tenham maus hábitos alimentares tenham percepção dos prejuízos causados em sua saúde.

Os nossos resultados mostraram que os indivíduos hipertensos e diabéticos têm pior percepção do seu estado de saúde, do que indivíduos saudáveis. A auto percepção de saúde vem sendo utilizada em estudos considerando-se um método confiável, capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Pessoas com percepção ruim do estado de saúde têm maior risco de morte, em comparação com as que relatam uma saúde boa ou excelente. A percepção do estado ruim de saúde, mostrou ser um forte indicador de mortalidade. Além de preditor de mortalidade, a percepção da saúde, ou auto avaliação da saúde, também está relacionada ao declínio funcional (ALVES, RORIGUES, 2005; LEBRÃO et al, 2005; MARCELLINI et al, 2002).

Foi também demonstrado que cerca de 30% dos indivíduos da amostra não tem controle da hipertensão ou diabetes, e a percepção do estado de saúde para este grupo ficou ainda mais evidente em que sua saúde é *pior* do que indivíduos de sua mesma idade. Outros autores mostraram que cerca de 80% dos indivíduos que se sabiam ser hipertensos apresentavam pressão arterial maior do que 140/ 90 mmHg. Considerando apenas os indivíduos hipertensos que seguiam tratamento medicamentoso, somente 25,6% atingiam controle dos seus níveis pressóricos.

Nota-se ainda que a prevalência do DM e da hipertensão vem aumentando em todo o mundo nos últimos anos e a precocidade do surgimento da doença nas últimas décadas, mostrando que a intervenção preventiva relacionada ao estilo de vida ainda é limitada. Possivelmente a informação educacional para um bom estilo de vida chegue muito tarde para estes indivíduos.

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmicas acabam por constituírem-se em um dos maiores problemas e desafios de saúde pública mundial, pela sua prevalência e por poder ser modificada pela adoção de um estilo de vida mais saudável, sob a ótica que a informação tem o poder de mudar padrões previamente já estabelecidos e na formação de novos hábitos. Não obstante dentre as limitações deste estudo esteja o fato do instrumento que avalia o estilo de vida levar em consideração apenas o último mês. Sugerindo-se a partir daí que mais estudos de preferência do tipo coorte sejam realizados para estabelecer esta associação entre a causa e o efeito.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o estilo de vida de indivíduos com diabetes e hipertensão comparados com indivíduos saudáveis, e nos permite concluir que indivíduos diabéticos e hipertensão têm um pior estilo de vida do que indivíduos saudáveis e que a percepção do estado de saúde geral também é pior entre indivíduos com diabetes e hipertensão o que se torna mais grave quando a doença não está controlada. Logo inferimos assim ser possível que a mudança no estilo de vida seja eficiente para reduzir a prevalência de hipertensão e diabetes bem como auxiliar no controle no quadro das doenças já estabelecidas.

REFERÊNCIAS

- ALVES L.C; RODRIGUES R.N. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. [Internet]. 2005;17(5):333-41 [Acesso 16 out 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
- BUSS P.M; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [Internet]. 2007;17(1):77-93 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- FERNANDEZ J.C.A; ANDRADE E.A; PELICIONI M.C.F; PEREIRA I.M.T.B. Promoção da saúde: elemento instituinte?. **Saúde e Sociedade**. [Internet]. 2008;17(1):153-64 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100014>.

FERREIRA G.M.F; STAUT T.C.P; ARAUJO S.P; OLIVEIRA N.C; PORTES L.A. Estilo de vida entre brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. **Lifestyle Journal**. [Internet]. 2011;1(1):17-25 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/132/131>.

KASON Y, YLANKO V.J. FANTASTIC lifestyle assessment: part 5 measuring lifestyle in family practice. **Canadian Family Physician**. [Internet]. 1984 [Access 16 November 2016];30(11):2379-83. Available from: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2154106&blobtype=pdf>.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health care of Canadians: A working document**. Ottawa, ON: Government of Canada, 1974.

LEBRÃO M.L; LAURENTI R. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2005;8(2):127-41 [Acesso 16 out 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>.

MARCELLINI F; LEONRDI F; MARCUCCI A; FREDDI A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatr**. [Internet]. 2002 [Access October 16 2016];35(8):181-9. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(02\)00131-0/pdf](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(02)00131-0/pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943\(02\)00131-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943(02)00131-0)

MARTINS L.M, FRANCA A.P.D, KIMURA M. Quality of life of people with chronic illness. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [Internet]. 1996 [Access October 10 2016];4(3):5-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300002>.

MAROCO J; GARCIA-MARQUES T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. **Laboratório de Psicologia**. [Internet]. 2006;4(1):65-90 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.

MEIRELLES B.H.S; ERDMANN A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde** [Internet]. 2006;5(1):67-74 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5113/3328>

MEYER K.A; KUSHI L.H; JACOBS D.R.J; SLAVIN J; SELLERS T.A; FOLSON A.R. Carbohydrates, dietary fiber, and incidence of type 2 diabetes in older women. **Am J Clin Nutr**. [Internet]. 2000 [Access October 10 2016];71(4):921-30. Available from: <http://ajcn.nutrition.org/content/71/4/921.long>.

MIRANDA, M. K. V. **Influência do estilo de vida e qualidade de vida nos exames de sangue**. São Paulo, 2017. 91f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde) – Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, 2017.

MOREIRA E.A.M; BATISTA S.M.M; WAZLAWIK E; NEZELLA E; GALEGO S.R. Experience with a continuing educational program in diabetic patients seen at Hospital Universitário (UFSC). **Rev. Ciênc. Saúde**. 1995;14(1):69-84.

PÔRTO E.F; KUMPEL C, CASTRO, A.A.M; OLIVEIRA I.M; ALFIERI, F.M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta fisiátrica**. [Internet]. 2015;22(4):199-

205 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em:
http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=606.

REICHENHEIM E.M; MORAES C.L. Qualidade dos instrumentos epidemiológicos. In: **Epidemiologia: fundamentos, métodos e aplicações**. Almeida-Filho N, Barreto M. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

RODRIGUEZ-ANEZ C.R; REIS R.S; PETROSKI E.L. Versão brasileira do questionário Estilo de Vida Fantástico: tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. 2008;91(2):102-9 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>.

SALMERON J; HU F.B; MANSON J.E; STAMPFER M.J; COLDITZ G.A; RIMM E.B; et al. Dietary fat intake and risk of NIDDM in women. **Am J Clin Nutr.** [Internet]. 2001 [Access October 10 2016];73(6):1019-26. Available from:
<http://ajcn.nutrition.org/content/73/6/1019.long>.

SCLiar M. História do conceito de saúde. **Physis** [Internet]. 2007;17(1):29-41 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SHARRATT, Jacqueline K; SHARRATT, Michael T; SMITH, Diana M; HOWELL, Marion J; DAVENPORT, Lynda. FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo employees **Canadian Family Physician**, v. 30, 30, p. 1869-72, September, 1984.

SLAVÍČEK J; KITTNAR O; FRASER G.E; MEDOVÁ E; KONEČNÁ J; ŽIŽKA R. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. **Central European journal of public health.** [Internet]. 2008 [Access October 16 2016];16(4):161-64. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745100/pdf/nihms130799.pdf>

SOUZA A.C, OLIVEIRA I.M, MARTINS L.T. Promoção da saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. **Lecturas Educación Física y Deportes** [Internet]. 2016;218(7):1-4 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em:
<http://www.efdeportes.com/efd218/promocao-da-saude-espaco-interdisciplinar.htm>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** [Internet]. 2010;95(supl.1):1-51 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009.** [Internet]. 2009 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em:
<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/270/11%20%20%202009%20diretrizes%20diabete.pdf?sequence=1>.

SIMPSON, R. et al. Lifestyle assessment: Part 4. The Halton health promotion survey. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 2147-55, October, 1984.

TUOMILEHTO J; LINDSTROM J; ERIKSSON J; VALLE T; HAMALAINEN H; ILANNE PARIKKA P. Prevention of Type 2 Diabetes mellitus by Changing in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. **N Eng J Med**. [Internet]. 2001 [Access October 16 2016];344(18):343-50. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801>.

TUOMILEHTO J; LINDSTROM J. Clinical Trials Confirm that Type 2 Diabetes Mellitus is Preventable. **Diabetes Voice**. [Internet]. 2003 [Access October 16 2016];48:40-2. Available from: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_79_en.pdf.

WILSON, Douglas MC; NIELSEN, Eleanor; CILISKA, Donna. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1863-66, September, 1984b.

WILSON, Douglas M.C; CILISKA, Donna. Lifestyle Assessment: Development And Use of the FANTASTIC Checklist. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1527-32, July, 1984a.

WILSON, Douglas M.C; CILISKA, Donna. Lifestyle Assessment: Helping Patients Change Health Behaviors. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1665-70, August, 1984b.