



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE - UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - PPGDC**

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS,
SOCIODEMOGRÁFICAS E DE QUALIDADE DE VIDA DE
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS PARTICIPANTES
DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

IRATI, PR

2016

AUDINEIA MARTINS XAVIER

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS,
SOCIODEMOGRÁFICAS E DE QUALIDADE DE VIDA DE
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS PARTICIPANTES
DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daiana Novello

Co-Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

IRATI, PR

2016

Catálogo na Fonte Biblioteca
da UNICENTRO

XAVIER, Audineia Martins.

X3a Avaliação das características socioeconômicas, sociodemográficas e de qualidade de vida de indivíduos hipertensos e/ou diabéticos participantes de grupos de convivência / Audineia Martins Xavier. – Irati, PR : [s.n], 2016. 95 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daiana Novello

Coorientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Saúde Pública – dissertação. 2. Doença crônica não transmissível. 3. Política Pública. I. Novello, Daiana. II. Carraro, Emerson. III. UNICENTRO. IV. Título.

CDD 617.41

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos de uma forma direta e indiretamente que sempre estiveram perto de mim, minha família.

Dedico a uma pessoa especial Caliope Pilger que sempre esteve ao meu lado nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde o suficiente para seguir esta jornada apesar de todas as dificuldades enfrentadas, que não foram poucas, mas estou vencendo.

À Unicentro e seu corpo docente, direção e administração, que oportunizaram a janela que hoje consigo vislumbrar.

A minha família, Zenon, Leandro, André e futuras noras Dalvane e Danielle que sempre estão perto de mim para tudo que preciso.

As minhas amigas Jociane, Katiuce e Jessica, pelos momentos felizes que passamos; amizades que serão duradouras e deixaram saudades.

A minha orientadora Daiana Novello, pelo suporte que lhe coube e pelas suas correções e incentivos, meu muito obrigada.

Aos meus pais, que hoje não mais presentes e, mesmo assim, sempre foram meu alicerce, que Deus os abençoe, e aos meus irmãos, cunhadas, cunhados e sobrinhos que tanto amo.

À família Xavier, que sempre me apoiou nos momentos difíceis.

A minha amiga de todas as horas, pela ajuda e incentivo, Calíope Pilger.

Aos gestores e profissionais das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Guarapuava PR, onde a pesquisa foi realizada. Sem a ajuda incondicional dos agentes comunitários frente à pesquisa com os grupos de convivência, não seria possível a realização desta.

“Só existem dois dias no ano que não podemos fazer nada, um se chama ontem e outro amanhã. ”

(Dalai Lama)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
RESUMO GERAL	xiii
GENERAL ABSTRACT.....	xiv
INTRODUÇÃO GERAL E JUSTIFICATIVA.....	1
REFERÊNCIAS	5
OBJETIVOS.....	7
Objetivo geral	7
Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO 1 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	8
1.1 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).....	9
1.1.1 Diabetes Mellitus.....	11
1.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	16
1.2 Qualidade de vida	19
1.2.1 Políticas públicas relacionadas à qualidade de vida.....	21
1.2.1.1 Políticas públicas internacionais.....	22
1.2.1.2 Políticas públicas nacionais.....	25
1.3 A Atenção Básica no Brasil.....	27
1.3.1 Programa de Saúde da Família (PSF).....	29
1.3.2 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	30
1.3.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	31
1.4. Interdisciplinaridade	33
1.4.1 Conceito.....	33
1.4.2 Atuação e promoção da interdisciplinaridade	34
1.4.3 Pesquisas interdisciplinares relacionadas à qualidade de vida de hipertensos e diabéticos	36
1.5 O município de Guarapuava, PR	38
REFERÊNCIAS	42

CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS E DE QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA	54
Resumo	55
INTRODUÇÃO.....	56
MATERIAL E MÉTODOS.....	59
Caracterização do estudo e da amostra.....	59
Coleta de dados.....	60
RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS	80
Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP.....	89
Anexo II - Questionário WHOQOL - BREF.....	92
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	94
Apêndice II - Questionário Sociodemográfico, Socioeconômico e de Saúde.....	95

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRIDGES	Bringing Research in Diabetes to Global Environments and Systems
CEDI	Conselho Estadual dos Direitos do idoso do Paraná
CIA	Centro Integrado de Atendimento
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCVS	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECOSOC	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FID	Federação Internacional do Diabetes
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde

PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PANAB	Política nacional de Atenção Básica
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PIB	Produto interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PR	Paraná
PROSAD	Programa de Saúde da Criança e do Adolescente
PSI	Programa de Saúde do Idoso
PSM	Programa de Saúde da Mulher
QV	Qualidade de Vida
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS®	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of life

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da localização geográfica Guarapuava e Regionais de Saúde do estado do Paraná (SESA, 2009).	38
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Número total de pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial distribuídos por Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Guarapuava, PR, 2015.....	40
Quadro 2. Pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial participantes ativamente em Grupos de Convivência em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Guarapuava, PR 2015	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência das variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de qualidade de vida dos indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015	61
Tabela 2. Prevalência das variáveis significativas, reagrupadas por patologias, de indivíduos participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015	68
Tabela 3. Razão de chances (<i>Odds Ratio</i> bruto) para as variáveis que apresentaram significância estatística, conforme estratificação por patologia de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015.....	69
Tabela 4. Associação entre sexo e variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de qualidade de vida de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015	71
Tabela 5. Razão de chances (<i>Odds Ratio</i> bruto) para as variáveis que apresentaram significância estatística, conforme estratificação por sexo e patologia de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015	74
Tabela 6. Escores médios dos domínios e de qualidade de vida dos indivíduos participantes de grupos de convivência, estratificados por patologia, Guarapuava, PR, 2015.....	76

RESUMO GERAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Apresentam alta prevalência em quase todos os países, o que se deve, principalmente, às transformações socioeconômicas e sociodemográficas associadas aos novos recursos tecnológicos desenvolvidos nos últimos tempos. No entanto, o aumento da incidência de HAS e DM apresenta diversas consequências individuais, além de aumentar os gastos com o sistema público de saúde. O presente trabalho tem como objetivo analisar as características socioeconômicas, sociodemográficas e de qualidade de vida de portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR. Participaram da pesquisa indivíduos adultos e idosos, portadores de HAS e/ou DM e cadastrados em 16 grupos de convivência de Guarapuava no Programa Hiperdia. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, utilizando-se um questionário sociodemográfico e um questionário avaliativo sobre a qualidade de vida (WHOQOL-bref). Participaram efetivamente da pesquisa 205 indivíduos, sendo 136 (66,34%) hipertensos, 13 (6,34%) diabéticos e 56 (27,32%) com ambas as patologias. Verificou-se uma maior predominância de indivíduos com HAS isolada nos grupos de convivência do município. Além disso, a maioria dos participantes informou ser casado, do sexo feminino, da raça branca, de religião católica, com baixa escolaridade, elevado número de filhos, morar em residência própria e na zona urbana e apresentar uma baixa renda mensal. Os indivíduos com idade ≥ 65 anos apresentaram menor prevalência de HAS isolada e HAS+DM associadas, enquanto as pessoas não alfabetizadas tiveram maior ocorrência dessas patologias. A raça parda demonstrou maiores chances para o desenvolvimento de DM isolado e HAS+DM, quando comparada a outras raças. Além disso, as mulheres com ≥ 65 anos e que têm moradia própria quitada apresentaram maiores chances de desenvolver HAS isolada. Contrariamente, as mulheres residentes na zona rural tiveram menores chances para o aparecimento de HAS e HAS+DM, se comparadas àquelas da zona urbana. Uma renda econômica menor também influenciou para reduzir a prevalência de HAS ($p \leq 0,05$) entre as mulheres. A maioria dos indivíduos avaliados classificou-se com uma boa qualidade de vida, principalmente para o domínio psicológico, enquanto o domínio físico foi aquele que apresentou menor classificação de qualidade de vida. Conclui-se que os fatores socioeconômicos, sociodemográficos e de qualidade de vida interferem diretamente no cotidiano de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis; políticas públicas de saúde; ações em saúde.

GENERAL ABSTRACT

The High Blood Pressure (HBP) and Diabetes Mellitus (DM) are major risk factors for cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. They have a high prevalence in almost all countries, which is mainly due to the socioeconomic and sociodemographic changes associated with new technological resources developed in recent times. However, the increased incidence of HBP and DM has several individual consequences, and increases spending on the public health system. This study aims to analyze the socioeconomic, sociodemographic and quality of life of patients with HBP and/or DM participants on community groups at Guarapuava, PR. The participants were adults and elderly HBP and/or DM carriers individuals and registered on 16 Guarapuava community groups in Hiperdia Program. Data collection was performed through interviews, using a sociodemographic survey and an evaluation survey about quality of life (WHOQOL-BREF). Participated effectively on the survey 205 individuals, 136 (66.34%) hypertensive patients, 13 (6.34%) diabetics and 56 (27.32%) with both conditions. There was a higher prevalence of individuals with isolated HBP in municipal social groups. Moreover, most participants reported being married, female, caucasian, catholic, with low education, high number of children, living in their own homes and in urban areas and have a low monthly income. Individuals aged ≥ 65 years had a lower prevalence of HBP isolated and HBP+DM associated. People illiterate had higher occurrence of these diseases. The mulattos showed greater chances for the development of DM isolated and HBP+DM compared to other races. In addition, women with ≥ 65 years and having own settled housing were more likely to develop HBP isolated. Conversely, women living in rural areas had lower chances for the appearance of HBP and HBP+DM, compared to those in urban area. Lower economic income also influenced to reduce the prevalence of HBP ($p < 0.05$) among women. Most of the individuals were classified with a good quality of life, especially for the psychological domain, while the physical domain was the one who had lower quality of life rating. We concluded that the socioeconomic, sociodemographic and quality of life directly affect the daily life of individuals with HBP and/or DM participants on Guarapuava, PR, community groups.

Keywords: Chronic non-communicable diseases; Public health policies; Health actions.

INTRODUÇÃO GERAL E JUSTIFICATIVA

A população mundial vem passando por transformações no último século no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e as causas de morte. Esses fatores redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, na mesma medida em que as mudanças socioeconômicas e culturais refletiram em maus hábitos alimentares, sedentarismo e, conseqüente, aumento de peso. Esses fatores, em conjunto com envelhecimento populacional, favoreceram o desenvolvimento de condições crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) (LIMA *et al.*, 2011).

O DM é uma doença crônica associada às complicações micro e macrovasculares de elevada morbimortalidade. Requer cuidado contínuo, educação permanente e suporte para prevenção de complicações agudas e redução do risco de complicações crônicas. O DM do tipo 2 é caracterizada por hiperglicemia crônica, resistência insulínica e deficiência relativa na secreção de insulina, sendo responsável por 90% dos casos de DM (SOUZA *et al.*, 2012). Estima-se que, em todo o mundo, até 2025, 333 milhões de pessoas (8% da população adulta) apresentarão diagnóstico positivo para o DM. Confirmando essas previsões, nos últimos 40 anos, os custos destinados ao seu tratamento têm aumentado de forma alarmante em diferentes grupos populacionais (CODOGNO *et al.*, 2012).

Outra doença crônica não transmissível de elevada preocupação para a saúde pública é a HAS. Atualmente, ela é um dos mais importantes fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É também responsável por no mínimo 40% dos óbitos causados por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes originadas pela doença arterial coronariana. Quando associada ao DM, contribui com 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Trata-se de uma doença multifatorial, relacionada a alterações metabólicas, hormonais, fenômenos tróficos, fatores ambientais, socioeconômicos e alimentares. Tais fatores, quando atuam sobre uma base genética individual, por um determinado período de tempo, provocam ou facilitam a elevação da pressão arterial (CENATTI *et al.*, 2013).

Visando reduzir o aparecimento das complicações crônicas do DM e HAS, algumas medidas vêm sendo adotadas pelos profissionais da saúde. Exemplos são o controle metabólico da glicemia, medidas preventivas, como orientações nutricionais, exercícios

físicos e conscientização familiar. Nesse caso, Silva *et al.* (2003) descrevem a importância da formação dos grupos de convivência, pois há maior facilidade no aprofundamento das discussões, ampliação dos conhecimentos sobre temas relacionados à saúde, condução dos processos de educação em saúde, estímulo na adoção de hábitos saudáveis, contribuição para mudança de comportamento, além de promover a socialização do conhecimento em saúde. Todas essas ações colaboram para uma melhor qualidade de vida e, muitas vezes, auxiliam na redução do uso de medicação pelos pacientes (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Muitos grupos de convivência são estruturados a partir do Programa Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (Hiperdia). Esse é um sistema de cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos que está incluído no plano de reorganização da atenção à HAS e DM. Foi estruturado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), destinado à prevenção, identificação e acompanhamento dos casos de hipertensão e diabetes no Brasil (LIMA *et al.*, 2011), e compreende uma medida de intervenção para a melhoria da saúde da população.

As medidas de intervenção comunitária para mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis ao longo prazo. Devem incluir todos os grupos sociais, especialmente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social. Nesse aspecto, foi criado em 1994 pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF). Seu objetivo básico era a atenção básica à saúde, com enfoque na família, sendo um modelo democrático, universal e integral. Também pretendia reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, biologicista, hospitalar. Ou seja, tinha como objetivo dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado, visando à promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (COTTA *et al.*, 2009).

A partir do ano de 2006, o PSF foi modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à transformação do modelo de atenção à saúde dos municípios e a novas oportunidades de acesso aos serviços para as comunidades mais vulneráveis e expostas ao risco de adoecer (BRASIL, 2010). Estabelece, também, um método de organização de trabalhos dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, formando vínculos e permitindo, assim, um conhecimento da realidade das pessoas e suas necessidades (MIARELI, 2012). Sendo assim, a ESF concentra suas atividades na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, permitindo uma forte integração entre

o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais, municípios, comunidade local e outros parceiros. Além disso, propõe uma ação de reorientação do modelo de atenção à saúde. Visa à organização dos sistemas municipais desta área, avaliação do acompanhamento do desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos, tendo em vista o trabalho multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais (BRASIL, 1997; MIARELI, 2012).

O trabalho multiprofissional refere-se à composição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente, devem flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os profissionais especializados; arguir na valoração dos distintos saberes e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios; e levar em consideração a interdependência das especializações no exercício da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção em saúde (PEDUZZI, 2000). Já, o trabalho interdisciplinar é entendido como a interação entre uma ou mais disciplinas, sendo que pode variar desde a simples comunicação de ideias até a integração mútua de conceitos. Implica ultrapassar as fronteiras das disciplinas e das ações de cada uma das profissões, e ainda, articular os processos de trabalho. Nos últimos 30 anos, no Brasil, tem crescido a identificação da interdisciplinaridade como caminho para diminuir a fragmentação do cuidado em saúde e fortalecer a possibilidade de prestar cuidados na perspectiva da integralidade (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MATOS *et al.*, 2012).

Alguns estudos comprovam a eficiência do trabalho interdisciplinar entre pacientes com HAS e DM. Uma das estratégias é a articulação de diferentes profissionais da equipe da ESF, que possui a singularidade dos agentes comunitários em saúde (PEREIRA *et al.*, 2013). Rebouças Junior *et al.* (2014) pesquisaram a aplicação do trabalho multiprofissional a indivíduos com HAS e DM. Foi observada a importância da contribuição das diferentes categorias profissionais, em uma ação interdisciplinar, para o aprimoramento dos instrumentos de classificação de risco dos pacientes com HAS e DM. Dessa forma, esse tipo de estratégia mostra-se útil na prevenção das doenças, proporcionando uma melhora na qualidade de vida da população.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) e Fleck *et al.* (1999), o conceito de qualidade de vida está, especificamente, relacionado à promoção do bem-estar do indivíduo para que possua sentimentos positivos e saúde. Esse conceito é geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus

sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário. Pode-se incluir também sua condição de saúde e as intervenções médicas. Segundo Vecchia *et al.* (2005), o conceito de qualidade de vida é subjetivo e dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais de cada indivíduo. Da mesma forma, está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, a espiritualidade/ religiosidade e a interação social na comunidade com os grupos de convivência, religiosos etc.

A importância do trabalho de prevenção, detecção e tratamento em pacientes com DM e HAS torna-se fundamental no que diz respeito à saúde pública. Nesse sentido, faz-se necessária a aplicação de estudos epidemiológicos nacionais e regionais, visando a estipular medidas de controle e prevenção, detecção precoce e melhor aplicação de recursos humanos e financeiros para o tratamento dessas doenças (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). Também, é uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF, para facilitar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, e para apoiar as equipes de saúde da família, tendo como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado. É nesse sentido que foram constituídos os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (MIARELI, 2012).

O NASF não é uma estrutura desvinculada da atenção primária à saúde. Assim, dentre seus pressupostos estão a territorialização; a educação permanente em saúde; a integralidade; a participação social; a promoção da saúde e a humanização. Esses centros procuram ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às ESF (BRASIL, 2009). A organização do processo de trabalho dos NASF deve ser estruturada priorizando alguns itens: a) atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com trocas de saberes, capacitação e responsabilidade mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos; b) intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela ESF, com discussões e negociações; e c) ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as ESF e outros setores (MIARELI, 2012).

O objetivo dessa pesquisa foi analisar as características socioeconômicas, sociodemográficas e da qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus participantes de grupos de convivência de Guarapuava, Paraná.

Esta dissertação está dividida em dois capítulos. No Capítulo 1 será abordada a revisão bibliográfica do tema de estudo, enquanto no Capítulo 2 será apresentado um artigo científico produzido com os resultados obtidos na pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Beneficiários, operadoras e planos. Brasília: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CENATTI, J.L.; LENTSCKI, M.H.; PREZOTTO, K.H.; PILGER, C. Caracterização de usuários hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção da Saúde**, v.2, n.1, p.21-31, 2013.

COTTA, R.M.M.; BATISTA, K.C.S.; REIS, R.S.; SOUZA, G.A.; DIAS, G.; CASTRO, F.A.F.; ALFENAS, R.C.G. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1251-1260, 2009.

CAMPOS, G.D.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CODOGNO, J.S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v.56, n.1, p.6-11, 2012.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

LIMA, L.M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; ZILLMER, J.G.V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.323-329, 2011.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, suppl.1, p.1383-1388, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; GELBCKE, F.L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.2, p.230-239, 2012.

MIARELI, A.V.T.C. **Trabalho multiprofissional da ESF: dificuldades ou desafios?** 32p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, MG, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO consultation, Geneva: editora, 1997.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: PEDUZZI, M. **1º Seminário Estadual: O enfermeiro no Programa de Saúde da Família.** São Paulo: ABEn, 2000.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.45, p.327-40, 2013.

REBOUÇAS JÚNIOR, F.G.; SILVA GALDINO, M.S.S.; SOUSA, M.L.T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.8, n.2, p.249-254, 2014.

SILVA, D.G.V.; FRANCIONI, F.F.; NATIVIDADE, S.L.; AZEVEDO, M.; ANDOVAL, R.C.B.; DI'LOURENZO, V.M. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v.12, n.1, p.97-103, 2003.

SOUZA, C.F.; GROSS, J.L; GERCHMAN, F.; LEITAO, C.B. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.56, n.5, p.275-284, 2012.

VECCHIA, R.D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.3, p.246-252, 2005.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar as características socioeconômicas, sociodemográficas e de qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus participantes de grupos de convivência de Guarapuava, Paraná.

Objetivos específicos

- Avaliar as características socioeconômicas e sociodemográficas de adultos e idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus participantes de grupos de convivência;

- Analisar a compreensão sobre qualidade de vida entre adultos e idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus participantes de grupos de convivência.

CAPÍTULO 1
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

No último século, algumas transformações, relacionadas à alimentação, expectativa de vida e causas de morte, foram observadas em todo o mundo, as quais redefiniram o perfil de suscetibilidade às DCNT da população. Nesse contexto, foram verificadas mudanças relacionadas à alimentação e ao estilo de vida com a melhora das condições socioeconômica e culturais da população, o que refletiu diretamente em maus hábitos alimentares, sedentarismo e, conseqüente, sobrepeso e obesidade. A união desses fatores ao envelhecimento populacional tardio favoreceu a ocorrência de condições patológicas crônicas (LIMA *et al.*, 2011).

As DCNT são conhecidas como doenças multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida e que apresentam extensa duração. São consideradas como um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo (WHO, 2014). No Brasil, as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (BRASIL, 2011a). Essas doenças resultam de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada (WHO, 2014).

As DCNT vêm sendo investigadas há bastante tempo em países desenvolvidos da América do Norte e Europa, iniciando-se em torno de 1923 e com mais ênfase na década de 1970. Contudo, essas patologias deixaram de ocorrer preferencialmente em países desenvolvidos, representando uma grave preocupação à saúde pública também nos países em desenvolvimento (MALFATI; ASSUNÇÃO, 2011).

Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, em que um terço das mortes ocorre com pessoas com idade inferior a 60 anos. Ainda, atingem fortemente a população de baixa renda e grupos vulneráveis, como aqueles com alguma condição crônica. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, ao diabetes e às doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011a). Destaca-se que as DCNT mais prevalentes em pessoas idosas são as cardiovasculares (30,3%), neoplasias malignas (15,1%), patologias respiratórias crônicas (9,5%), musculoesqueléticas (7,5%), perturbações neurológicas e mentais (6,6%) (PRINCE *et al.*, 2014), diabetes (5,2%) e hipertensão (25,8%) (TEIXEIRA, 2015). Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos às comorbidades na população idosa, as quais são

caracterizadas como responsabilidades dos serviços de saúde, das UBS e das equipes multidisciplinares de saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2009).

Nos últimos anos, o Brasil vem organizando ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as DCNT, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude, a tendência e seus fatores de risco, apoiando as políticas públicas de promoção da saúde. De acordo com o plano de estratégias para o enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), as políticas que envolvem essas doenças no Brasil são: organização da vigilância de DCNT; Política Nacional de Promoção à Saúde; Programa Academia da Saúde, com intuito de estimular e promover a atividade física; Política Antitabaco; incentivo à alimentação saudável, por meio da publicação do Guia de Alimentação Saudável, regulamentação da rotulagem dos alimentos e acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras *trans* e sal; expansão da atenção primária em saúde; distribuição gratuita de medicamentos para pacientes com hipertensão e diabetes; e aumento na cobertura de exames preventivos como o câncer de mama (mamografia) e preventivo para câncer do colo do útero (Papanicolau) (BRASIL, 2011a).

O Brasil já conta com um sistema de vigilância de DCNT estruturado, seja por meio dos sistemas de informações de mortalidade e de hospitalizações, seja por inquéritos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Merece destaque a realização da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que serviu de base para o monitoramento de indicadores de morbidade e mortalidade, de exposição (fatores de risco) e de capacidade de resposta do sistema de saúde, enfatizando as prioridades contidas na declaração política da Organização da Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2011a).

Dentre as nove metas pactuadas para 2015-2025 pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil, destacam-se aquelas referentes à redução de 25% da mortalidade por DCNT, fatores de risco como tabaco, álcool, sal, sedentarismo, hipertensão arterial, detenção do crescimento da obesidade e do diabetes, tratamento dos pacientes de doenças cardiovasculares e disponibilidade de medicamentos para DCNT (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

O monitoramento de morbidade e mortalidade da prevenção e controle das DCNT, como os diabetes e hipertensão, deverão contribuir à reorientação dos serviços de saúde, da

atenção primária e do processo de trabalho, priorizando ações como o apoio à cessação de fumar, o controle glicêmico, o acesso a medicamentos para prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e AVC, além de incentivar medidas de promoção da saúde e de hábitos saudáveis. O monitoramento deverá contemplar, ainda, ampla divulgação de seus resultados, o que facilitará o acompanhamento das metas e a participação e o controle social das políticas públicas para doenças não transmissíveis (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Na última década, após a implantação das ações governamentais para o enfrentamento das DCNT, observa-se uma redução de 20% nas taxas de mortalidade por DCNT no Brasil, mostrando importante avanço na saúde da população. Esses resultados podem ser atribuídos a alguns fatores como: expansão da política de atenção básica e melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco. Nesse aspecto, o avanço das políticas públicas de promoção da saúde torna-se fundamental para que se atinjam novos e efetivos progressos na área (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Segundo Fernandes (2012), para que ocorra uma efetiva redução de casos de DCNT, as equipes de saúde atuantes no Brasil deverão se empenhar na organização de algumas estratégias, como as campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco para DM e HAS; atividades de lazer individual e comunitário; e reafirmar a importância dessas medidas para duas populações especiais: a de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HAS e daqueles considerados como intolerantes à glicose. Assim, deve-se optar por ações articuladas, que busquem otimizar recursos e parcerias com as sociedades científicas relacionadas. Também deve-se estimular a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto e, quando possível, agregar à equipe profissionais como nutricionista, assistente social, psicólogo, dentre outros (TEIXEIRA *et al.*, 2010).

1.1.1 Diabetes Mellitus

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente de falta de insulina e/ou da incapacidade dessa substância em exercer adequadamente suas funções. Isso resulta em hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemias, HAS e disfunção endotelial, além de ser uma doença associada às complicações micro e macrovasculares de elevada morbimortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2009). A doença requer um cuidado contínuo,

educação permanente e suporte para prevenção de complicações agudas e redução do risco de complicações crônicas (SOUZA *et al.*, 2012).

A insulina é um hormônio que normalmente é produzido no pâncreas. Tem como função facilitar e até mesmo acelerar a retirada da glicose sanguínea para ser utilizada como fonte de energia no organismo (SMELTZER; BARE, 2002). Em pessoas que não apresentam DM, os níveis de glicose sanguínea elevam-se após a refeição, atingindo um pico entre 30 e 60 minutos pós-prandiais. Esse aumento é contrabalançado por uma liberação rápida de insulina (primeira fase), seguida de uma fase mais lenta de liberação (segunda fase), que proporciona atividade insulínica por uma duração mais prolongada. Os níveis normais de glicose retornam aos níveis pré-prandiais em cerca de 2 a 4 horas.

Em pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), os níveis de glicose sanguínea após uma refeição permanecem elevados por mais de 4 horas. Os esquemas terapêuticos com insulina regular nas refeições tentam assemelhar-se à resposta fisiológica da insulina às refeições. Nos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) inicial, estudos demonstraram que o problema do controle primário da glicose encontra-se nos níveis anormalmente elevados de glicose pós-prandial. Assim, os esforços são dirigidos para o controle dietético que constitui a base da terapia nesses pacientes (SBD, 2009).

Para haver um controle metabólico de pessoas com DM, uma opção terapêutica eficiente é o tratamento substitutivo com insulina exógena. A terapia visa mimetizar, tanto quanto possível, o perfil fisiológico da secreção pancreática de insulina. Dessa forma, múltiplas doses diárias desse hormônio no tecido subcutâneo são necessárias no sentido de proporcionar o controle glicêmico, o qual tem sido demonstrado como condição essencial na prevenção das complicações agudas e crônicas do DM (STACCIARINI *et al.*, 2008). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015), de modo geral, recomenda-se considerar o início do uso de insulina nos pacientes não críticos com glicemia acima de 140 mg/dL (jejum) ou acima de 180 mg/dL (coletas aleatórias).

Apesar de sua eficácia, a insulina administrada apresenta algumas limitações. Dessa forma, além do aumento relativamente lento dos níveis de insulina, os níveis atingidos são inferiores ao pico de insulina atingida fisiologicamente, com atividade máxima de redução da glicemia em 2 a 4 horas, sendo que, em pacientes sem a patologia, os níveis máximos ocorrem cerca de 30 a 60 minutos após uma refeição. O melhor tempo de administração pré-prandial é

difícil de ser estabelecido, podendo haver hiperglicemia pós-prandial mesmo com atrasos pequenos de administração (MILECH *et al.*, 2011).

A classificação atual do DM baseia-se em sua etiologia, e não no tipo de tratamento. Portanto, os termos DM insulino dependente e insulino independente não são mais utilizados. A classificação proposta pela OMS, Associação Americana de Diabetes (ADA) e SBD inclui quatro classes clínicas: DM1, DM2, outros tipos específicos de diabetes e DM gestacional. Outrossim, há duas categorias referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas divisões representam fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs) (SBD, 2014).

O DM1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas, com conseqüente deficiência de insulina, acometendo principalmente crianças e jovens. Na maioria dos casos, essa destruição de células é mediada por autoimunidade. Porém, existem casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referidos como uma forma idiopática de DM. Além do componente autoimune, o DM1 apresenta intensa associação com determinados genes do sistema antígeno leucocitário humano (HLA), alelos que podem ocasionar o desenvolvimento da doença ou mesmo sua proteção (ERLICH *et al.*, 2008; SBD, 2014).

O DM2 está presente em 90% a 95% dos pacientes e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, esses defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de apenas um deles. O DM2 abrange cerca de 85% a 90% dos casos de diabetes. Atinge principalmente a população adulta acima de 40 anos, embora recentemente sua prevalência tenha aumentado em faixas-etárias mais precoces, associada ao aumento da obesidade em proporções mundiais. Além disso, o DM2 tem sido identificada como uma das principais causas de morbidade e incapacidade total ou parcial no século XXI em função do aumento do número nos últimos anos (PAULWEBER *et al.*, 2010). Neste caso específico de DM, os indivíduos não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar desse hormônio para obter controle metabólico adequado (SBD, 2014).

O diagnóstico de DM ocorre ao longo de um período de tempo variável. Até sua confirmação, passa por alguns estágios intermediários: glicemia em jejum alterada, que representa um estágio precoce de disfunção das células beta, e tolerância à glicose diminuída,

que configura um quadro de resistência à insulina na presença de glicemia em jejum normal (FID, 2003; WHO, 2006; PEREIRA, 2007).

Segundo a Federação Internacional do Diabetes (FID, 2014), estima-se que o número de pessoas com diabetes no mundo em 2013 era de 387 milhões de pessoas, sendo que 46% delas não apresentam diagnóstico prévio. É provável que até 2025, 333 milhões de pessoas no mundo (8% da população adulta) apresentarão diagnóstico positivo para DM. Um dos fatores que confirmam esse fato é que, nos últimos 40 anos, os custos destinados ao tratamento do DM têm aumentado consideravelmente em diferentes grupos populacionais (CODOGNO *et al.*, 2012).

Para a América Central e a América do Sul, a estimativa era de 24 milhões de pessoas com DM em 2015, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035 – um aumento projetado de 60%. No Brasil, o número de diabéticos estimados para 2015 era de 14 milhões de pessoas, com aparecimento de 500 novos casos por dia (SBD, 2015), sujeito a alcançar um contingente estimado de 11,9 milhões de casos de pessoas com DM e 19,2 milhões em 2035.

De acordo com Iser *et al.* (2015), que estimaram a prevalência de DM autorreferida no Brasil, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, foi verificado que a maior prevalência de DM estava na região Sudeste (7,1%) e a menor na região Norte (4,3%). Os estados com as maiores prevalências (7,0 a 7,8%) foram o Rio Grande do Sul, São Paulo e o Mato Grosso do Sul, enquanto as menores prevalências (3,3 e 4,0%) foram no Acre, Pará e Roraima. Também foi constatado que o número de casos para a população brasileira com 18 anos ou mais foi de 9.121.631 milhões, sendo 5.433.262 mulheres e 3.688.369 homens.

O grande impacto do diabetes no incremento da morbimortalidade está relacionado às complicações (macro e microvasculares) advindas do processo crônico de acúmulo de glicose sanguínea. Os problemas macrovasculares são aqueles relacionados, principalmente, à cardiopatia isquêmica, ao AVC e à doença vascular periférica. Já, as complicações microvasculares podem se manifestar sob a forma de lesões na retina (retinopatia diabética, com possibilidade de evolução para cegueira definitiva), nos rins (nefropatia diabética) ou, pela neuropatia sensitiva distal, que favorece a ocorrência de amputações de membros, principalmente inferiores (PEREIRA, 2007). O DM favorece também uma menor qualidade de vida, enquanto eleva os gastos para os sistemas de saúde (TOSCANO, 2008). Nesse aspecto, o controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, como alimentação saudável e práticas de atividades físicas, são

capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em melhora do estado geral do paciente (MENDES *et al.*, 2011).

Para o tratamento do DM, enfatizam-se estratégias de intervenções não medicamentosas. Essas medidas devem ser adotadas primeiramente, enquanto o medicamento deve ser utilizado apenas quando as mudanças no estilo de vida (controle alimentar e práticas de atividades físicas) não são suficientes para o controle da doença. Após instalada o DM, o tratamento faz-se, primordialmente, de forma medicamentosa. Apresenta alto custo, contraindicações e problemas no entendimento quanto à dosagem adequada (SBD, 2007). Apesar disso, novas tecnologias e tratamentos farmacológicos estão atualmente disponíveis, como técnicas de autogestão dos sintomas e da doença, incluindo nutrição, atividades, testes de glicose e grupos de suporte para o paciente, que podem estimular a adesão ao tratamento. Contudo, é fundamental um maior conhecimento sobre as estratégias e estruturas dos planos de trabalho dos facilitadores dos grupos de apoio, os quais são essenciais para se atingir os objetivos pretendidos (COSTELLO, 2013).

De acordo com Grossi (2009), mudanças no estilo de vida, intervenções dietéticas e a manutenção de parâmetros glicêmicos, da pressão arterial, do peso corporal e dos lipídeos sanguíneos podem reduzir a incidência e a severidade das complicações neuropáticas, macro e microvasculares decorrentes do DM, bem como prevenir ou retardar o aparecimento da doença. Outro fato relatado é que por mais eficazes que possam ser os tratamentos comprovados por estudos experimentais, de nada adiantam, se os pacientes não os incorporam, de maneira adequada, a sua vida diária.

Em estudo de Cotta *et al.* (2009), foi verificado que usuários (hipertensos e diabéticos), registrados no Programa ESF de Teixeira, MG, apresentavam hábitos e práticas alimentares inadequados. Destaca-se o baixo fracionamento das refeições, o elevado consumo *per capita* diário de açúcar, sal e óleo e a baixa ingestão hídrica. Entretanto, após a aplicação de estratégias de intervenção em saúde, verificou-se que 60,1% dos hipertensos e 53,3% dos diabéticos tinham horta em casa e passaram usar o adoçante. Além disso, 97,3% dos hipertensos e 96,7% dos diabéticos afirmaram não adicionar sal à comida depois de pronta. Dessa forma, demonstra-se a importância do desenvolvimento de estratégias de educação e promoção de saúde para essa população.

1.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é considerada um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Apresenta uma crescente incidência (DORES *et al.*, 2010), contribuindo de forma independente para a mortalidade global (LIM *et al.*, 2012). Em geral, apresenta prevalência e detecção tardia, além de elevar o risco de outras doenças crônicas não transmissíveis (SANTOS, 2011). A HAS é uma condição crônica em que a pressão exercida pelo sangue nas artérias se mantém elevada. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), os valores normais para a pressão arterial devem ser $< 140/90$ mmHg, enquanto os valores que caracterizam a HAS são maiores ou iguais a $140/90$ mmHg (SBH, 2015). Na maioria das vezes, a doença não apresenta sintomas, porém, quando permanece sem tratamento, causa danos às artérias e aos órgãos vitais do corpo (SBH, 2015).

A HAS pode ser dividida em tipos. Uma delas é a *Hipertensão arterial primária ou essencial*: é a mais frequente e está presente em mais de nove em cada dez hipertensos. Nesse caso, as causas são desconhecidas. Outra é a *Hipertensão arterial secundária*: secundária a numerosas causas (por exemplo, lesão vasos renais, patologia renal, doenças endocrinológicas), cujos casos são raros. Existe também a *Hipertensão arterial da bata branca*: só há valores de hipertensão quando as medições são feitas na presença de um profissional de saúde, sobretudo um médico. As medições feitas em casa são normais. Este tipo está presente em 15-20% dos doentes hipertensos. Por último, também há a *Hipertensão arterial mascarada*: os valores são normais na presença do profissional de saúde, mas, quando medidos em casa, os valores são altos. Nesse caso, os doentes apresentam um risco cardiovascular semelhante aos que são "sempre" hipertensos. Esse tipo de hipertensão está presente em 10-15% dos pacientes.

Os níveis de pressão arterial podem ser divididos em três estágios. Estágio I: hipertensão acima de 140 por 90 mmHg e abaixo que 160 por 100 mmHg; Estágio II: hipertensão acima de 160 por 100 mmHg e abaixo de 180 por 110 mmHg; e Estágio III: hipertensão acima de 180 por 110 mmHg. Esses valores somados às condições relacionadas a outros fatores, como diabetes ou histórico de AVC, determinam se o risco de morte cardiovascular do paciente é leve, moderado, alto ou muito alto. Além disso, quanto mais alta a pressão arterial, maior a chance de o paciente precisar usar medicamentos (SBH, 2015).

A etiopatogenia da hipertensão é multifatorial, de modo que ela resulta da interação de diferentes genes associados a um grande número de fatores ambientais, que atuam de maneira coordenada para resultar no aumento da pressão arterial. Por volta de 90% dos casos de HAS não possuem etiologia conhecida ou cura, sendo necessário o controle da pressão arterial por meio de mudanças no estilo de vida e/ou tratamento farmacológico (LOPES, 2014). Alguns dos fatores associados ao desenvolvimento da HAS são: envelhecimento; excesso de peso; baixa escolaridade; tabagismo; consumo de bebidas alcoólicas; e cor da pele/ raça negra (ANDRADE *et al.*, 2015).

A HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras patologias que envolvem alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Ela é também responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o DM, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). Dados mundiais apontam que 7 milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão adoecem por causa da HAS. Atualmente, a doença atinge uma média de 30% da população brasileira, chegando a 5% em crianças e adolescentes e a mais de 50% na terceira idade (SBH, 2015). Destaca-se que as complicações resultantes do diagnóstico tardio da HAS ou da não adesão ao tratamento podem demandar internações e elevados custos hospitalares e governamentais (MIRANZI *et al.*, 2008). Estima-se que a prevalência mundial de HAS, em 2025, em adultos alcance uma proporção geral de 29,2% (29,0% para homens e 29,5% para mulheres) (WHO, 2011).

No Brasil, a prevalência de HAS referida em adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1%, sendo de 21,5% no sexo masculino e de 26,3% no sexo feminino. Maiores relatos foram encontrados na faixa etária acima dos 65 anos e entre indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2013a). A prevalência de HAS autorreferida foi maior na zona urbana (21,7%), quando comparada à zona rural (19,8%), na região Sudeste (22,9%) e nos estados do Rio Grande do Sul (24,9%), Minas Gerais (24,0%) e Rio de Janeiro (23,9%). A região Norte exibiu a menor prevalência entre as macrorregiões (14,5%), assim como os estados do Pará (13,1%), Amapá (13,3%) e Maranhão (13,6) (ANDRADE *et al.*, 2015). Esses dados demonstram que são necessárias medidas públicas urgentes que promovam a saúde, tanto aquelas relacionadas à atenção em saúde como as que são ligadas à prevenção, visando, assim, uma abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (SANTANA, 2014).

Uma das grandes dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos indivíduos acometidos não fazem nenhum tratamento. Ademais, dentre aqueles que seguem a terapêutica, poucos conseguem manter a PA controlada (SANTOS, 2011). Observa-se também que uma grande parcela dos pacientes (30% a 50%) interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de 5 anos (ANDRADE *et al.*, 2009). Entretanto, o tratamento da HAS, envolvendo a utilização correta dos medicamentos, associado às mudanças de hábitos de vida, contribui efetivamente para o sucesso da terapêutica e a redução de eventos cardiovasculares fatais. As mudanças nos hábitos de vida, como o controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis com redução do consumo de sal e gordura, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular, são indicadas para todos os hipertensos, independente do tratamento medicamentoso estar instituído (WEBER *et al.*, 2014).

O principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbimortalidade das doenças cardiovasculares associadas aos valores elevados da PA. Em indivíduos com pré-hipertensão ou hipertensão leve, sem fatores de risco, realizar mudanças no estilo de vida é o suficiente para controlar a HAS e evitar ou adiar a manifestação de comorbidades. Em contrapartida, na presença de fatores de risco e na hipertensão grave é necessário, também, o tratamento medicamentoso (BORGES; CAETANO, 2005). Porém, apesar do progresso alcançado pela indústria farmacêutica na formulação de medicamentos eficazes e com baixos índices de efeitos indesejáveis, o controle da doença nem sempre é adequado (MION JÚNIOR *et al.*, 2001).

Na pesquisa de Mion Júnior *et al.* (2001), que objetivou analisar os tratamentos prescritos por médicos para pacientes hipertensos, foi verificado que a maioria (62%) recomendava o tratamento não farmacológico para 25% dos pacientes, sendo que apenas 17% sugeriam para todos os indivíduos. Dentre as medidas não farmacológicas mais recomendadas citam-se: dieta hipossódica (55%) e perda de peso (29%), enquanto a prática de exercícios físicos foi recomendada por apenas 8%. Também, constatou-se que as dietas mais seguidas pelos pacientes foram: a dieta hipossódica (50%), prática de exercícios físicos (20%) e perda de peso (19%), demonstrando que o método farmacológico ainda é o mais indicado pelos profissionais avaliados.

A população, principalmente a mais vulnerável à HAS, necessita ampliar o conhecimento sobre seu tratamento e fatores de risco, como forma de aderir às condutas de

controle. A intermediação nesse processo necessita ser feita, predominantemente, pela educação em saúde, o que se deve a sua capacidade de transformar indivíduos, tornando-os mais autônomos e capazes de tomar decisões relacionadas aos seus hábitos e atitudes de saúde (SANTOS, 2011). Entretanto, a implementação de medidas preventivas para a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde, devido à presença de múltiplos fatores que podem alterá-la e influenciar na adesão ao tratamento (BRANDÃO *et al.*, 2010).

Cabe enfatizar que no Brasil cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o Sistema de Saúde Complementar (planos particulares) assiste cerca de 46,5 milhões (BRASIL, 2009a). Dessa forma, a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças, devendo ser metas prioritárias dos profissionais de saúde, com intuito de garantir uma melhor qualidade de vida à população.

1.2 Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida está especificamente relacionado à promoção do bem-estar, em que o indivíduo tenha sentimentos positivos e de saúde (FLECK *et al.*, 2006; OMS, 2006). Além disso, essa definição é geral, e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e as intervenções médicas, mas não se limitando a elas. Também, a qualidade de vida expressa a percepção do indivíduo em relação a 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 (OMS, 2006).

A avaliação e o acompanhamento dos índices de qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, já que fornecem informações importantes sobre o usuário. Permitem identificar suas prioridades e subsidiar os programas de saúde, para que se programem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida aos usuários na atenção primária à saúde. Entretanto, a avaliação da qualidade de vida é muito difícil de ser realizada pelo fato de não haver uma definição universalmente aceita (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Diante da importância de se conhecer a qualidade de vida da população, verifica-se um crescente número de instrumentos para sua avaliação, principalmente após meados do século XX (PODESTÁ *et al.*, 2013). Dentre os instrumentos que mensuram a qualidade de vida, esta o WHOQOL-100, que foi elaborado pela WHO (1997a). Essa ferramenta consiste em 100 perguntas referentes a 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambientes e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo *Likert*. As perguntas são respondidas com a utilização de 4 tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Contudo, devido à necessidade de se utilizar questionários mais curtos e de rápida aplicação, surgiu o WHOQOL-bref, o qual foi desenvolvido a partir da versão completa do WHOQOL-100 (WHO, 1998).

O WHOQOL-bref é um dos mais influentes instrumentos validados de campo, usado para mensurar a qualidade de vida e pesquisar a saúde mental e física do indivíduo. Foi projetado para fazer um corte cultural e comparar a evolução da qualidade de vida das populações, sendo reconhecido internacionalmente. Além disso, investiga sistema de valores, os ideais e os objetivos de vida das pessoas (FLECK *et al.*, 2000; BLAY; MARCHESONI, 2011). É composto pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100 e apresenta 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref, além do seu caráter transcultural, valoriza a percepção individual, avaliando a qualidade de vida em diversos grupos e situações. Também pode ser utilizado tanto em populações saudáveis quanto naquelas com algum tipo de doença (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1998 (FLECK *et al.*, 1999). Desde então, o WHOQOL-bref tem sido utilizado no país para aferir o desfecho em estudos de associação, em amostras de estudantes, trabalhadores, pacientes com doenças clínicas crônicas e psiquiátricas e em idosos (CASTRO *et al.*, 2013), apresentando bons resultados e recomendações como instrumento avaliativo da qualidade de vida da população.

Nicolazi *et al.* (2009) utilizaram o questionário WHOQOL-bref para avaliar idosos

residentes em Florianópolis, SC, em relação aos níveis e a percepção de sua qualidade de vida. Os resultados mostraram que esse público está mais ativo atualmente e com uma maior esperança e qualidade de vida. De forma similar, Eto *et al.* (2010) aplicaram o WHOQOL-bref em idosos residentes no município de Vila Velha, ES. Os autores verificaram que a qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, e está intimamente relacionada com a percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. Neste contexto, o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, o que não significa a ausência de problemas e/ou enfermidades.

1.2.1 Políticas públicas relacionadas à qualidade de vida

As políticas públicas podem ser consideradas diretrizes, princípios norteadores, regras e procedimentos para as relações entre poder público, sociedade e mediações entre elementos da sociedade e do Estado. Em geral, as ações são sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos), que orientam estratégias envolvendo aplicações de recursos públicos. Visam responder à demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Nesse aspecto, a política pública é uma forma de efetivar direitos, intervindo na realidade social, sendo o principal instrumento utilizado para coordenar programas e ações voltadas à sociedade (SANTOS, 2012).

Os pioneiros nos estudos relacionados às políticas públicas foram os cientistas políticos norte-americanos, nos anos de 1960, período pós-guerra. O objetivo na época era a solução de problemas pragmáticos e o fornecimento de subsídios para as ações governamentais (BRASIL, 2011a). Nos países desenvolvidos, buscou-se a manutenção do papel social dos idosos e a sua reinserção na prevenção da perda de sua autonomia sendo a questão da renda resolvida por meio de sistemas de seguridade social. Já, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, várias questões do envelhecimento, como questões sociais, não tinham sido definidas, como a pobreza e a exclusão da população idosa e níveis de desigualdades da sociedade. Contudo, a partir dos anos 1970, o Brasil iniciou a discussão de medidas relativas a programas sociais que implementaram políticas que visavam à proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (BRASIL, 2010a).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde atual tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e prevenir a vulnerabilidade e os riscos de doenças da população. Para isso, as ações foram estruturadas de forma integrada, transversal e intersetorial, nas quais os setores privados, governamentais, não governamentais e a sociedade participam em conjunto, com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população no modo de viver. O Brasil tem-se defrontado com a questão da falta de investimentos em pesquisas e incentivos públicos e privados para dinamizar e otimizar artifícios para esse segmento da sociedade. Esses fatores, na maioria das vezes, interferem diretamente na qualidade de vida da comunidade, desencadeando sinais e sintomas de ansiedade, depressão, estresse, dentre outros (SANTOS; SILVA, 2013).

Para o desenvolvimento e alterações nas políticas públicas, existe a necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, investindo na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde. Dessa forma, são fundamentais iniciativas capazes de operacionalizar políticas públicas com ações intersetoriais e programas emergentes que visem à redução da carência no setor da saúde (CAMACHO; COELHO, 2010).

1.2.1.1. Políticas públicas internacionais

O conceito de política internacional expressa todos os acontecimentos e processos políticos que ocorrem no mundo, além das fronteiras dos Estados nacionais. A política internacional trata de temas como segurança, economia e relações diplomáticas. Segundo a teoria das relações internacionais, esse tipo de política é focado no fenômeno da guerra entre os países e no desenvolvimento de bons relacionamentos entre as nações (HOLEINDRE, 2012). Um dos pontos mais importantes na discussão da política internacional é a manutenção da soberania dos países. A política internacional busca uma afirmação do poder e depende da ética, da responsabilidade e de ações que fortaleçam a sobrevivência da comunidade política no tempo e no espaço.

A OMS é uma das instituições públicas internacionais mais renomadas internacionalmente. Os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante a Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) reunido em Nova York. Porém, a OMS foi realmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos,

tendo como objetivo principal a gestão de políticas públicas voltadas para a saúde em nível mundial (OMS, 2014).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa (WHO, 1986), definindo a promoção da saúde para atuar na melhoria da qualidade de vida. Todos os eventos internacionais sobre promoção da saúde realizadas nos últimos 12 anos, principalmente, em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997b), Declaração do México (WHO, 2000) e a Carta de Bangkor (WHO, 2005), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde mundial.

Outras iniciativas e movimentos foram organizados, periodicamente, em função da ampliação das ações em saúde, a partir da Declaração de Alma-Ata, como, por exemplo, a *International Diabetes Federation* (IDF), que representa mundialmente as pessoas com diabetes e os profissionais envolvidos. A IDF é uma organização não governamental, ligada à OMS, e está envolvida em ações para combate e controle do diabetes em escala local e mundial, a partir de programas comunitários. As atividades têm como objetivo influenciar a política pública, incentivar a melhora da saúde, promover o intercâmbio de informações de alta qualidade, além de fornecer educação para as pessoas com diabetes e seus familiares (RIBEIRO, 2012).

Um dos programas desenvolvidos pela IDF é o *Bringing Research in Diabetes to Global Environments and Systems* (BRIDGES). Tem o intuito geral de melhorar o cuidado em saúde de pessoas com o risco de diabetes, dentre outras patologias, considerando-se: o aprimoramento do autocontrole; a promoção de um estilo de vida saudável; e a redução de custos para o diagnóstico de diabetes. Além disso, o *Diabetes Voice* (Voz do Diabetes) e a *Life for a Child* (Vida para uma Criança) são programas que fornecem informações, aconselhamento e apoio às pessoas com diabetes. Os objetivos são a condução eficaz da patologia, suporte em diversos países e ajuda financeira para os centros de tratamento do diabetes em crianças carentes nos países da Tanzânia, Ruanda, República Democrática do Congo, Nigéria, Azerbaijão, Nepal, Índia, Sri Lanka, Filipinas, Papua Nova Guiné, Fiji, Uzbequistão, Bolívia, Mali, Equador, Sudão e Camarão (FEDERATION INTERNATIONALE DE DIABETES, 2015).

Intervenções que também estão relacionadas à qualidade de vida, desenvolvidas internacionalmente, são o *World Diabetes Day*, o Congresso Mundial de Diabetes e o Diabetes Atlas. Essas ações são organizadas bienalmente por associações, membros, organizações de diabetes, organizações não governamentais (ONG), secretarias de saúde, sociedade civil, e empresas (ONCKEN, 2015). O site www.worlddiabetescongress.org serve como um propulsor global para a campanha contra o diabetes de forma permanente. A interface está disponível em três línguas e se integra às redes sociais de mídia, tais como o *Facebook*[®] e o *Twitter*[®] (FEDERATION INTERNATIONAL DIABETES, 2015).

Especificamente na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), a qual trouxe, formalmente, o tema para o contexto de países latino-americanos como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Nesse evento, discutiu-se a importância da prevenção e promoção de doenças crônicas envolvendo condições de vida adequadas, boas condições laborais, educação, cultura física e acesso ao lazer e descanso (BUSS, 2000). Também, no mesmo ano, foi organizada a Declaração de Santa Fé de Bogotá na Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá que ocorreu na Colômbia. O documento apontou três estratégias principais para a promoção da saúde na América Latina: a) impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações; b) transformar o setor saúde, destacando a estratégia de promoção da saúde; e c) convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade (LAUTENSCHLAEGER *et al.*, 2009).

No Brasil, em 2002, ocorreu a III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. O tema da conferência foi "Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para Saúde: Situação Atual e Perspectivas", e teve como objetivo o estímulo e o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde e educação para a saúde na América Latina. No evento, foram debatidos os princípios, as estratégias e os compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais da América Latina (OPAS, 2011).

Dentre outros acontecimentos, destaca-se a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires, em 2007, na qual foram analisadas as conquistas e as dificuldades na implementação da Estratégia de Atenção Primária à Saúde na

Argentina. O propósito era fortalecer os consensos já estabelecidos e criar novas propostas que apontassem para a consagração de uma estratégia de saúde com equidade, baseada na atenção primária. O tema abordado foi “De Alma-Ata à Declaração do Milênio; Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Direitos, Fatos e Realidades”. As discussões buscaram contribuir para a concretização dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” previstos para 2015, ressaltando a importância da força de trabalho em saúde (MONTE, 2015).

1.2.1.2 Políticas públicas nacionais

O Brasil tem vivenciado importantes mudanças no perfil demográfico e na estrutura etária populacional, com elevação da expectativa de vida e acentuado envelhecimento da população. Isso, porque houve avanços das tecnologias da área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e novos paradigmas para a promoção da saúde, o que contribuiu para que os indivíduos tivessem maior longevidade e qualidade de vida (REIS; FLORES, 2014).

Para que ocorram ações de promoção à saúde, torna-se necessária a atenção primária, que é definida como uma estratégia de organização do sistema de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva. A atenção primária à saúde é um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente nos sistemas de saúde, em que se verificam muitos desafios. Isso, porque muitos dos problemas relatados pelos pacientes são geralmente vagos e não estão relacionados à doenças orgânicas específicas (AZEVEDO *et al.*, 2013). Assim, a atenção primária é um componente fundamental dos sistemas de saúde, promovendo o desenvolvimento e investimentos de programas que ofereçam o acesso universal e serviços abrangentes, coordenados e de expansão da cobertura de saúde para níveis mais complexos (SKEVINGTON; MCCRATE, 2012).

Dentre as políticas públicas que auxiliaram as transformações atuais na saúde brasileira, cita-se o SUS, o qual foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8080/90 e n.º 8.142/90. O programa tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças pelos serviços. Nesse contexto, fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os

universitários –, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, os quais estejam vinculados aos setores públicos (BRASIL, 1988; BRASIL, 2009a).

O Programa de Saúde da Mulher (PSM), criado em 1984, foi outra política nacional implantada que visava melhorias na saúde, e que ocorre até os dias de hoje. Sua missão é promover a saúde integral da mulher, reduzindo os índices de morbimortalidade nas diversas fases e ciclos de vida e aumentar a cobertura, a concentração e a qualidade da assistência pré-natal (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Além dessa estratégia, destacam-se outras duas ações: a) Programa de Saúde da Criança e do Adolescente (PROSAD), implantado em 1989. É dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e visa garantir aos adolescentes o acesso integral à saúde, com ações preventivas e educativas de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional (SALOMÃO, 2007); e b) Programa de Saúde do Idoso (PSI), elaborado em 1996. Apresenta como diretrizes principais: a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à saúde da pessoa idosa e a formação e educação permanente de profissionais de saúde, dentre outras (FERNANDES; SOARES, 2012).

Um dos projetos mais importantes para o controle da HAS e DM no Brasil é o Hiperdia. Caracteriza-se como um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos que está incluído no plano de reorganização da atenção a essas doenças. Foi estruturado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde e destinado à prevenção, à identificação e ao acompanhamento dessas patologias no Brasil (LIMA *et al.*, 2011). O SIS-Hiperdia é o sistema informatizado de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou DM atendidos na atenção básica do SUS (NELO, 2011). O Hiperdia tem como objetivos orientar os gestores públicos, gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes portadores dessas patologias, bem como conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do DM na população.

Especificamente no estado do Paraná, as primeiras políticas públicas voltadas à qualidade de vida foram organizadas nos anos de 1997. Essas ações se relacionavam à necessidade de ações efetivas que garantissem a qualidade de vida para idosos, incluindo a aposentadoria, o acesso ao cuidado e à saúde, baseados na formação de recursos humanos em saúde do idoso. Assim, por meio da Política Estadual dos Direitos do Idoso, foi criado o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso do Paraná (CEDI/PR) pela Lei Estadual

nº.11863/97. Essa legislação baseou-se nas diretrizes da Política Nacional do Idoso, Lei Federal nº.8842/94, garantindo os direitos elementares à pessoa idosa, além da criação do CEDI. Já, em 2001, foi fundado o Instituto Paranaense de Geriatria e Gerontologia, por meio da Lei Estadual nº 13062/01. Seu objetivo era propiciar a defesa dos direitos, além do amparo, da orientação e da assistência para os idosos paranaenses. Naquele mesmo ano, foi aprovada a Lei Estadual nº13231/01, em que municípios de grande porte instituíam o Programa Centro de Convivência do Idoso (SCORTEGAGNA *et al.*, 2010).

Mais recentemente, em 2015, foi apresentado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná o plano plurianual referente ao período de 2016-2019. Nesse documento, foram apresentadas perspectivas gerais que pudessem garantir a atenção à saúde e a qualidade de vida para todos os cidadãos, aspecto que não foi relatado no plano plurianual do período de 2012-2015. Nesse último, indicava-se apenas a necessidade de investimento em saúde, sem especificar objetivos, tratando o tema de forma generalizada.

Em relação à abordagem da HAS e DM pelas unidades de saúde do Estado do Paraná, o novo plano plurianual recomenda que as equipes atuem visando à atenção global ao usuário, contemplando o Programa Saúde para todo Paraná. Esse programa tem como objetivo atuar de forma integral na atenção à saúde de grupos de risco e da população em geral, manter e consolidar as Redes de Atenção à Saúde e Projetos Estratégicos, bem como implantar novas ações voltadas à qualificação das práticas e serviços prestados pelo SUS no Paraná. Além disso, as intervenções devem prever no estado a atuação de forma articulada com outras áreas governamentais e a sociedade civil, visando: a redução da mortalidade materno-infantil, da mortalidade por causas externas (acidentes, homicídios e outras) e da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas; a ampliação da longevidade, reduzindo incapacidades e promovendo o autocuidado; a melhora da qualidade de vida; intervenções sobre outros fatores de risco cardiovasculares; prevenção de complicações agudas e crônicas; tratamento das comorbidades; redução da mortalidade; e alívio da sintomatologia (SESA, 2015).

1.3 A Atenção Básica no Brasil

A atenção básica é conceituada por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, compreendendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, entre outras ações. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem seus princípios e diretrizes pautadas no objetivo de desenvolver ações integrais, que impactem na

situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a). Acrescenta-se ainda que a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, ou seja, tendo uma visão do ser humano como um todo.

No Brasil, entre as décadas de 1940 e 1990, a atenção à saúde resumia-se à concepção médico-hospitalar, havendo pouca preocupação para ações preventivas. Contudo, experiências obtidas na atenção primária à saúde, somadas às diretrizes do SUS, possibilitaram a construção de uma política de Atenção Básica de Saúde (ABS). Com isso, foi possível reorientar o modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde (GIL, 2006). Assim, gradualmente, conforme as experiências internacionais passavam a ser divulgadas, a concepção de atenção básica passou a ser debatida no país, sendo que, no final da década de 1980, foi se fortalecendo e constituiu-se como prioridade do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Entretanto, a partir de 1990, a atenção básica foi transformada de forma a aprimorar o cuidado com a saúde em novas perspectivas. Nesse contexto, surgiu como apoio ao modelo de atenção à saúde existente até então, entre elas, a implantação da ESF (CASTRO; MACHADO, 2010).

Em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o novo modelo de atenção básica, com o apoio do Ministério da Saúde, foi aprimorado e estendido para todo o país. Nesse contexto, em 1994, foi criado o PSF, o qual tinha o intuito de valorizar os princípios de territorialização, de vinculação com a população e de garantia de integralidade na atenção de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar. Já, em 1998, o PSF passa a ser considerado uma estratégia estruturante da organização do SUS, consolidando novas perspectivas de atendimentos focados na família, com a intenção de melhorar a qualidade de vida das pessoas, o que contribuiu para reduzir os riscos à saúde (BRASIL, 2007).

Em 2000, o termo “programa” do PSF foi entendido como uma atividade com princípio, desenvolvimento e fim. Dessa forma, o PSF passou a ser denominado ESF, tornando-se uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no país. Seu foco era incentivar as pessoas e as comunidades a perceberem suas condições e, assim, elaborarem projetos visando à melhoria da qualidade de vida em seus lares e espaços sociais de convivência (MARTINS *et al.*, 2008). Já, em 2008, foram implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tinham o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede

de serviços de saúde. Além disso, visavam ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização e o aumento das ações da atenção básica em saúde no país. Nesse aspecto, o NASF realiza intervenções coletivas de prevenção e promoção à saúde junto aos grupos sociais em condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2008).

Atualmente, os programas governamentais que se destacam por sua atuação na atenção básica são as ESF, o PACS, as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua, Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense), os NASF e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011b). Dentre esses, as ESF vêm demonstrando maior eficácia na prevenção e promoção da saúde à comunidade. Isso, porque apresentam um planejamento com a participação da população, permitindo diagnosticar a situação de saúde, elaborar planos, monitorar e avaliar as ações, além de imprimir corresponsabilidade de todos para efetivação do trabalho (ALVES *et al.*, 2011).

1.3.1 Programa de Saúde da Família (PSF)

No ano de 1994, visando a reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de atuação profissional, foi implantado no Brasil o PSF. O principal objetivo era obter um processo de cuidado da saúde voltado ao trabalho no contexto da família, melhorando, assim, a qualidade de vida dos brasileiros. Nesse programa, eram priorizadas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2014a).

Na implantação do PSF, o Ministério da Saúde participava com uma parcela expressiva dos recursos financeiros. Fornecia os medicamentos básicos e garantia parte dos equipamentos para as UBS, ficando o município responsável por complementar o restante dos recursos necessários para a implantação e a operação do programa. Com o PSF, houve uma reorganização do sistema de saúde, substituindo-se as antigas diretrizes e introduzindo novos princípios como a promoção da saúde (BRASIL, 2007). Nesse aspecto, o PSF foi a principal estratégia de organização de atenção primária, em que se destacava um processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, com garantia de financiamento específico para a sua consecução (AMORIM; ARAÚJO, 2004).

No PSF, o atendimento era prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio por diferentes profissionais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes

comunitários de saúde. Esses profissionais e a população criavam vínculos, o que contribuía para a orientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2009b).

A estratégia do PSF tinha como base a incorporação e reafirmação dos princípios básicos do SUS, que são a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, sendo estruturada a partir da UBS da Família (MONTEIRO *et al.*, 2009). Contudo, a partir de 2006, o PSF deixa de ser um programa vertical de caráter governamental e passa a ser uma política de governo, denominada de ESF, isso porque o termo "programa" aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Assim, atualmente, reconhece-se que a ação não é mais um programa e sim uma estratégia de atuação, voltada à Atenção Primária à Saúde, qualificada e resolutiva (BRASIL, 2009a).

1.3.2 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF consiste em um programa operacionalizado, por meio da implantação de equipes multiprofissionais em UBS. São responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Além disso, deve intervir na manutenção da saúde (BRASIL, 2013a), promovendo o desenvolvimento comunitário de um determinado território. Associadas a essas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita.

O acolhimento dos usuários em ESF deve garantir atendimento qualificado e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo ocorra de forma efetiva. É importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da unidade de saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011a).

A ESF tem o intuito da reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes, em grandes hospitais. Além disso, a organização da ESF pretende diminuir a supervalorização das práticas da assistência curativa e especializada, que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e

medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado existente até então. Dessa forma, a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. A ESF inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, valorizando ações de cuidado integral (SANTOS, 2012).

Visando a atender aos preceitos da ESF, é necessário que diversos profissionais estejam envolvidos no atendimento ao usuário. Assim, conforme determina a Portaria n. 2.488/2011 (BRASIL, 2011b), a equipe de profissionais da ESF deve ser formada obrigatoriamente por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando ampliada, pode contar com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Esses profissionais devem atuar de forma conjunta e colaborativa.

A literatura demonstra que a atuação da ESF junto à comunidade promove diversos benefícios, garantindo a atenção integral aos indivíduos e famílias (FARIAS; SAMPAIO, 2010). Nesse aspecto, Gatti *et al.* (2010) constataram que os usuários consideram que as equipes de ESF promovem maior eficiência em relação ao acesso a cuidados médicos, informações mais detalhadas sobre a prevenção e sobre o tratamento, visitas domiciliares regulares e facilitação nos encaminhamentos para especialidades.

Apesar dos benefícios constatados para a atuação das ESF na comunidade, Silva e Fracolli (2014) demonstraram que existem algumas dificuldades para a sua atuação, tais como: pequeno número de ações voltadas à promoção da saúde, como palestras, formação de grupos e/ou campanhas educativas; prioridade para a saúde da mulher e da criança, o que resulta em um atendimento parcial à comunidade; e pouco comprometimento dos órgãos públicos da área de saúde com a equipe ESF, que deveriam focar na promoção e na prevenção da saúde, trabalhando com grupos de uma forma interdisciplinar, para abranger todos os ciclos de vida, desde a criança até o idoso. Dessa forma, seria possível melhorar o atendimento às necessidades da população, por meio de uma visão global, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

1.3.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os NASF são uma estratégia inovadora que têm por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na atenção básica, já realizadas pelas ESF. Os

requisitos dos NASF são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por um determinado número de ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas às ações da saúde da família. Os NASF devem estar comprometidos com a promoção da saúde, mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe NASF. Inclui atuação de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura. Além disso, prioriza-se a humanização nos atendimentos, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

As equipes dos NASF são multiprofissionais e devem trabalhar de forma integrada às ESF, dentro dos respectivos territórios, apoiando-as e compartilhando saberes (BRASIL, 2011b). A equipe do NASF deve ser definida pelos próprios gestores municipais mediante critérios de prioridades identificadas a partir de dados epidemiológicos, das necessidades locais, das equipes de saúde que serão apoiadas, bem como da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária da Saúde (APS), sendo: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; e promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009b).

Conforme a Portaria nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), o NASF é organizado em três modalidades: NASF 1 - Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 e, no máximo, 9 ESF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); NASF 2 - Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 e, no máximo, 4 ESF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); e NASF 3 - Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 1 e, no máximo, 2 ESF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Os profissionais que poderão compor o NASF são: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico

psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2014b). Diante disso, existem diversas áreas estratégicas para a atuação dos NASF, dentre elas destacam-se: as atividades físicas/práticas corporais; as práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescentes e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010c).

Apesar dos objetivos propostos para os NASF, Andrade *et al.* (2012) demonstraram que a atuação dos profissionais nesses locais ainda é um pouco dificultada, devido, principalmente, ao baixo investimento em educação permanente; falta de compreensão das ações a serem desenvolvidas; e desarticulação do trabalho na unidade de saúde com a equipe da ESF. Porém, os autores ressaltam que esses aspectos podem ser superados ao longo do tempo, não inviabilizando a importância do NASF no contexto da atenção básica à saúde. Em outro estudo, Ribeiro *et al.* (2014), avaliando a implantação dos NASF em Parnaíba, PI, verificaram uma melhoria no atendimento aos usuários, pois houve maior flexibilização de ações em função dos profissionais que atendiam a população. Destacaram, também, que as atividades físicas, práticas integrativas e complementares (como as relacionadas à nutrição e assistência social) contribuem para a melhoria da qualidade de vida, indicando uma atenção diferenciada e mais abrangente para os usuários.

1.4. Interdisciplinaridade

1.4.1 Conceito

A interdisciplinaridade é conceituada como um conjunto de atitudes que subsidie as inter-relações entre diferentes áreas do conhecimento, de modo a romper com a fragmentação das disciplinas. É o grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas. Assim, desse processo interativo, todas as disciplinas devem se tornar melhores, definindo seu próprio objeto a partir de sua complexidade, atendendo interesses, comparando, julgando e incorporando esses elementos na produção de uma disciplina modificada (SILVA *et al.*, 2014).

Os termos disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade estão intimamente relacionados à interdisciplinaridade (COSTA, 2007). Contudo, existem algumas diferenças entre eles: a disciplina tem o mesmo sentido que ‘ciência’, sendo que disciplinaridade significa a exploração científica especializada de

determinado domínio homogêneo de estudo (JAPIASSU, 1976); a multidisciplinaridade implica em uma justaposição de diversas disciplinas. Não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação (COSTA, 2007); já na pluridisciplinaridade, observa-se a presença de algum tipo de interação entre os conhecimentos interdisciplinares, embora eles ainda se situem em um mesmo nível hierárquico; no caso da transdisciplinaridade, é possível verificar um nível de integração disciplinar além da interdisciplinaridade. Trata-se de uma proposta relativamente recente no campo epistemológico (CARLOS, 2007).

Segundo Vilela e Mendes (2003), a interdisciplinaridade é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões que preocupam cada sociedade. Não possui um caráter epistemológico definido e acabado, tratando-o como um neologismo que possui múltiplas interpretações.

A discussão sobre interdisciplinaridade iniciou no Brasil a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº. 5.692/71. Desde então, sua presença no cenário educacional brasileiro tem se tornado mais presente, devido a nova LDB nº. 9.394 elaborada em 1996 e com os Parâmetros Curriculares Nacionais de 2006. Dessa forma, além da sua grande influência na legislação e nas propostas curriculares, a interdisciplinaridade tornou-se cada vez mais contemporânea no discurso e na prática de professores do ensino médio (BATISTA, 2015).

1.4.2 Atuação e promoção da interdisciplinaridade

Na atualidade, verificam-se diversas transformações nas atuações profissionais, nas relações entre as pessoas, nas inovações tecnológicas, originando novas maneiras de organizar a produção. No caso específico da saúde, as mudanças trazem marcas do fortalecimento do cuidado, da ação intersetorial e do desenvolvimento da autonomia das populações (VILELA; MENDES, 2003).

Além das mudanças constatadas no campo da saúde, essas devem trazer consigo transformações na área da educação. Nessa nova perspectiva de educação, a pesquisa deve ser considerada um princípio educativo, instrumento básico de formação (VILELA; MENDES, 2003). Nesse sentido, uma experiência de pesquisa que envolva a interdisciplinaridade e profissionais de várias áreas do conhecimento pode ser uma ferramenta que permita a construção ou reconstrução dos saberes, e de novas ações que visem ao bem estar dos indivíduos.

A interdisciplinaridade vem ganhando espaço nas discussões da área da saúde, em virtude da necessidade de troca de conhecimento entre os profissionais de diversas áreas. Ceccim (2005) descreve que alguns fatores contribuíram para que ocorresse a multiprofissionalidade nas equipes de saúde, tornando-se realidade no país, dentre eles citam-se: deliberações decorrentes de fóruns participatórios (conferências de saúde); a expansão da ESF em todo o país; a mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde; a abertura e incentivo a vários programas de Residência Multiprofissional (a partir de 2005); e os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

O ensino baseado na interdisciplinaridade tem grande poder estruturador, pois os conceitos e procedimentos encontram-se organizados em torno de unidades mais globais, em que várias disciplinas se articulam (TORRES SANTOMÉ, 1996). Além disso, a interdisciplinaridade na área da saúde, em especial na saúde coletiva, coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doença no seu âmbito social – envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (VILELA; MENDES, 2003).

A interdisciplinaridade somente é realizada por meio da intencionalidade, baseada no plano institucional, que pode fomentá-la com políticas e projetos. Além disso, deve ter o desejo de cada profissional de aderir aos projetos e de se engajar na construção da prática coletiva. O anseio de saber e o diálogo particular com sua disciplina poderão tornar o profissional capaz de transitar pelos diversos saberes encontrados no interior das instituições ou o imobilizará em um saber engessado e uma prática estéril. A postura interdisciplinar exige trocas entre os trabalhadores, bem como a abertura para questionar e ser questionado a respeito do reconhecimento mútuo (COSTA, 2007).

Entre as atividades que promovem a interdisciplinaridade na saúde coletiva, estão os grupos de convivência, as parcerias instituídas entre universidades e secretarias municipais de saúde e as pesquisas realizadas com os usuários e com a equipe de saúde (LUZ, 2009). Segundo Silva (2009), os grupos de convivência que ocorrem nas unidades de saúde ou locais de fácil acesso aos usuários propiciam a realização de atividades culturais, de entretenimento e de convívio. Além disso, favorecem o intercâmbio de experiências envolvendo a prevenção e a promoção da saúde. Há, também, a possibilidade de participação de profissionais por meio

de palestras e cursos, contribuindo para que as pessoas tenham um nível maior de informação, aspecto que colabora para a adoção de práticas saudáveis no seu cotidiano.

Algumas ações interdisciplinares específicas como as rodas de conversa, grupos de acompanhamento, empoderamento/autogestão do tratamento e parcerias com universidades também mostraram êxito nas avaliações com pacientes portadores de HAS e DM (FIGAR *et al.*, 2006; MANTOVANI *et al.*, 2011; TREVIÑO *et al.*, 2011; SIMMONS; KAPUSTIN, 2011). Mantovani *et al.* (2011) verificaram que atividades de rodas de conversa são estratégias eficazes para o acolhimento de pesquisadores e usuários, promovendo a troca de experiências e interação. Também, reconhecem as dificuldades na efetivação do tratamento e as falhas na ingestão dos medicamentos. Em outro estudo, Treviño *et al.* (2011), avaliando idosos portadores de DM e HAS, por meio de um programa de atenção para o melhoramento da qualidade nutricional e de atividade física, apontaram uma melhora no peso e glicemia capilar dos participantes, refletindo assim, em uma evolução favorável na qualidade de vida. Nesse contexto, ações interdisciplinares podem colaborar claramente para o desenvolvimento de hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos e consequente melhora da qualidade de vida da população (MANTOVANI *et al.*, 2011; TREVIÑO *et al.*, 2011).

1.4.3 Pesquisas interdisciplinares relacionadas à qualidade de vida de hipertensos e diabéticos

Muitas pesquisas sugerem a atuação interdisciplinar como um modelo fundamental para o trabalho em saúde. As práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes multiprofissionais são fundamentais para a reestruturação do atendimento prestado nos serviços de saúde. Dessa forma, o processo saúde-doença da população é influenciado de forma positiva, promovendo uma assistência de maior qualidade aos usuários (VICTOR *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2012; FONTOURA *et al.*, 2014).

No estudo de Pereira (2011), foi avaliado o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro, RJ. Foi verificado que esse trabalho se tornou uma das principais ações de intervenção, as quais se estruturavam com intuito de compreender melhor a importância do trabalho em equipe. Observou-se, também, que esse tipo de trabalho amplia o objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico.

De acordo com Peduzzi (2001), as atividades realizadas em grupo de convivência apresentam possibilidade de aprofundamento. Além disso, estendem conhecimentos, promovem ações educativas em saúde e adoção de hábitos saudáveis. As especificidades das

diferentes áreas permitem aprimorar os conhecimentos e as técnicas nos locais de atuação. Todos esses aspectos contribuem diretamente para uma mudança de comportamento, promovendo a socialização da informação em saúde e a qualidade de vida da população.

As ações interdisciplinares vêm sendo cada dia mais valorizadas por profissionais das ESF (SILVA *et al.*, 2012). Trevino *et al.* (2011) demonstraram que a utilização de um programa educativo em grupo para melhorar a qualidade de vida em idosos é uma prática adequada e frequente em unidades de saúde. Nesse caso, principalmente, aquelas ligadas à modificação de hábitos alimentares e à prática de exercícios físicos, ocorrendo alterações no estilo de vida da população. Já, Silva *et al.* (2007) indicam que a capacitação dos profissionais de saúde e a participação efetiva da comunidade promovem uma maior eficácia das ações realizadas pelos grupos.

Silva *et al.* (2008) demonstraram a importância de atuações de acadêmicas de educação em saúde no grupo de hipertensos para aumentar o conhecimento sobre importância de seguir hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física. Para isso, foi utilizado o conhecimento prévio da própria população. A partir das necessidades relatadas pelos usuários, foram organizados materiais e linguagem adaptados à realidade local da população. Os resultados a médio e longo prazo mostraram que a educação em grupo possibilitou maior conexão entre os profissionais e participantes, estabelecendo uma confiança mútua sobre o tema. Entretanto, os autores destacam que ações que utilizam o conhecimento popular e a cultura preestabelecida devem ser consideradas pelos profissionais com bastante atenção, persistência, paciência e motivação, para que haja maior adesão ao tratamento.

Conforme explicam Mantovani *et al.* (2011), as estratégias educativas na área da saúde devem ser consideradas pelos profissionais, visando a auxiliar os portadores de HAS e DM na modificação de hábitos saudáveis e de comportamento. Além disso, deve-se considerar que intervenções em grupo podem colaborar para a troca de experiências e conhecimentos entre os participantes. Isso, porque a existência de problemas similares promove a troca de experiências negativas e/ou positivas entre os usuários, podendo desencadear um processo de mudança. Gucciardi *et al.* (2011) ainda confirmam que as atividades realizadas por uma equipe multidisciplinar são necessárias para colaborar na auto-gestão da doença crônica, prevenindo suas complicações.

1.5 O município de Guarapuava, PR

O município de Guarapuava está situado a "25°23'36" latitude sul e "51°27'19" longitude oeste, região denominada Centro-Sul do Estado do Paraná. Ocupa o terceiro planalto Paranaense, também chamado de Planalto de Guarapuava, com população estimada, em 2015, de 178.126 habitantes e crescimento anual de 0,76% população (IBGE, 2015) (Figura 1).

A cidade de Guarapuava é sede da 5ª Regional de Saúde do Estado. A rede de atenção à saúde está organizada na esfera estadual em 2 polos estaduais, 6 macrorregiões, 22 regiões e 52 microrregiões (SESA, 2009), conforme descrito na (Figura 1).



Figura 1. Mapa da localização geográfica Guarapuava e Regionais de Saúde do estado do Paraná (SESA, 2009).

As primeiras famílias de Guarapuava foram formadas e influenciadas, em grande parte, por tropeiros oriundos de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Esses usavam a cidade como rota e chegaram à região, já nos primórdios de sua colonização em 1810, na sua maioria descendentes de poloneses, italianos, ucranianos e alemães (IPARDES, 2016).

A economia de Guarapuava destaca-se pela agropecuária, que representa aproximadamente 18% da composição do Produto Interno Bruto (PIB) municipal. Tem, ainda, forte participação na produção agrícola do Paraná, pois é um dos maiores produtores de batata inglesa do Brasil e, também, um grande produtor de milho, soja e cevada. A indústria tem participação de 35% no PIB do município, representando 1,4% na economia do Paraná. O setor madeireiro é umas das atividades que mais emprega funcionários. Contudo, fábricas de papel e papelão, bebidas, insumos químicos, produtos alimentares e a agro-indústria também são fortes empregadores. Além disso, existe também o setor de serviços que vem crescendo gradativamente e já incorpora cerca de 47% do PIB do município (IPARDES, 2016; PILGER, 2010).

Guarapuava é a sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que abrange uma população total de 454.220 habitantes. Conta com 20 municípios distribuídos em três microrregiões: a) Guarapuava (Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo); b) Laranjeiras do Sul (Marquinho, Nova Laranjeira, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond); e c) Pitanga (Boa Ventura do São Roque, Campina do Simão, Laranjal e Palmital) (SESA, 2009). Além disso, a região de Guarapuava é composta por seis territórios administrativos: Guarapuava, Atalaia, Entre Rios, Guará, Guairacá e Palmeirinha. Nessa região, a população está distribuída na área urbana (91,43%, 152.993 habitantes) e na área rural (8,57%, 14.335 habitantes) (IBGE, 2010).

O município de Guarapuava possui diversos estabelecimentos de saúde públicos e privados. As organizações públicas são divididas em 32 unidades de atenção primária, que são responsáveis pelo atendimento inicial ao usuário a partir da ESF, Estratégia de Saúde Bucal, ACS e dois NASF. Além da atenção primária, ainda há a atenção secundária que está dividida em dois Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Saúde da Mulher e duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (GUARAPUAVA, 2013). Em Guarapuava, existem três instituições credenciadas para atendimento ao SUS, sendo elas: o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo e o Instituto Virmond, que oferecem atendimento de médio e alta complexidade; e o Hospital Semmelweis, responsável por atendimentos de média complexidade (GUARAPUAVA, 2013).

Segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2015), entre os anos de 2012 e 2015, foram registrados 3.668 internamentos na cidade de Guarapuava, dos quais 2.512 eram de usuários residentes no município. Em relação à complexidade dos procedimentos médicos, 3.243 (58,5%) procedimentos foram considerados de média complexidade, sendo que 2.297 (41,5%) eram de moradores do município. Os internamentos de alta complexidade foram computados em um total de 425, sendo que 215 (50,6%) indivíduos atendidos residiam na cidade (PARANÁ, 2015).

Em Guarapuava, são desenvolvidos programas do Ministério da Saúde, como o Hiperdia, puericultura, exames laboratoriais e preventivo de câncer de mama e colo de útero, imunização, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, Programa de Saúde Bucal, dentre outros; além de atividades de educação em saúde, atendimentos clínicos, assistenciais, consultas médicas gerais que envolvem todos os ciclos da vida. O município possui 80,8% de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde, 81,4% de cobertura

de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e 75,3% de cobertura estimada pelas equipes de saúde bucal (PARANÁ, 2015).

No Quadro 1, está descrito o número total de pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial cadastrados no Hiperdia, distribuídos pelas UBS de Guarapuava, PR.

Quadro 1. Número total de pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial distribuídos por Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Guarapuava, PR, 2015

UBS	Diabéticos n	UBS	Hipertensos n
Guairacá*	19	Jordão*	75
Rio das Pedras	20	São Miguel*	86
Entre Rios II	21	Rio das Pedras	88
Paz e Bem*	38	Guairacá*	96
Jardim das Américas*	47	Entre Rios II	108
Bonsucesso	49	Paz e Bem*	169
Guará	58	Tancredo Neves*	214
Vila Colibri*	59	Vila Bela	214
Concórdia	61	Concórdia	260
Dourados	63	Jardim das Américas*	276
Santa Cruz	70	Dourados	277
Entre Rios	73	Santa Cruz	280
Xarquinho	73	Residencial 2000*	281
Residencial 2000*	78	Vila Colibri*	282
Vila Carli*	81	Boqueirão*	282
Planalto*	81	Vila Carli*	283
Palmeirinha	81	Adão Kaminski	298
Tancredo Neves*	86	Bonsucesso	315
Boqueirão*	97	Entre Rios	322
Adão Kaminski	98	Planalto*	332
Recanto Feliz	101	Xarquinho	359
Morro Alto*	102	Jardim Araucária*	363
Parque das Árvores	108	Guará	364
Vila Bela	111	Palmeirinha	395
São Cristovão*	117	Morro Alto*	400
Jardim Araucária*	118	Recanto Feliz	405
Santana	118	Vila Feroz*	425
Vila Feroz*	139	São Cristovão*	434
Campo Velho*	178	Parque das Árvores	474
São Miguel*	214	Santana	497
Jordão*	286	Campo Velho*	539
Total	2.845	Total	9.193

*Unidade que apresenta Grupos de Convivência (Hiperdia) atuantes no município; Fonte: Paraná (2015).

No Quadro 2, apresenta-se o número de pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial participantes ativamente em Grupos de Convivência em UBS de Guarapuava, PR, no ano de 2015.

Quadro 2. Pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial participantes ativamente em Grupos de Convivência em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Guarapuava, PR 2015

UBS	Diabéticos	Hipertensos	Total
	n	n	N
Boqueirão	8	32	40
Campo Velho	12	28	40
Colibri	15	20	35
Feroz	6	17	23
Guairacá	10	20	30
Jardim Araucária	5	15	20
Jardim das Américas	5	10	15
Jordão	4	21	25
Morro Alto	12	38	50
Paz e Bem	3	17	20
Planalto	4	26	30
Residencial 2000	6	29	35
São Miguel (Santana)	2	13	15
São Cristóvão	8	12	20
Tancredo Neves	12	28	40
Vila Carli	20	30	50
Total	132	356	488

Fonte: Paraná (2015).

Os 16 grupos de convivência descritos no Quadro 2 são coordenados por enfermeiros, sendo que as atividades são desenvolvidas em conjunto com técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e agentes comunitários de saúde. Também, trabalha-se em parceria com as universidades particulares e públicas da região.

As reuniões acontecem periodicamente a cada 15-30 dias, em períodos matutinos e vespertinos. Nos encontros são realizadas atividades gerais de educação em saúde, incluindo atividades físicas e palestras que envolvem temas sobre tratamento e prevenção de doenças crônicas e inclusão social (passeios, bailes, festas, gincanas etc). Todas as ações vêm apresentando resultados positivos, possibilitando aos participantes um amplo aprendizado, capacitando-os para o enfrentamento de possíveis limitações de suas enfermidades e proporcionando-lhes uma melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R.F.; SILVA, R.P.; ERNESTO, M.V.; LIMA, A.G.B.; SOUZA, F.M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Revista Psicologia: teoria e prática**, v.13, n.3, p.152-166, 2011.
- AMORIM, A.C.C.; ARAÚJO, M.R.N. **Legislação Básica/Saúde da Família**. Montes Claros: Unimontes, 2004.
- ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.A. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.79, n.2, p.375-89, 2009.
- ANDRADE, L.M.B; QUANDT, F.L.; CAMPOS, D.A.de; DELZIOVO, C.R.; COELHO, E.B.S.; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- ANDRADE, S.S.A.; STOPA, S.R.; BRITO, A.S.; CHUERI, P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.2, p.297-304, 2015.
- AZEVEDO, A.L.S.; SILVA, R.A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L.A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1774-1782, 2013.
- BATISTA, P.K. **Interdisciplinaridade. Educação e Pedagogia**. 2015. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/65024/interdisciplinaridade>>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- BLAY, S.L.; MARCHESONI, M.S.M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-bref scores. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.4, p.677-686, 2011.
- BORGES, P.C.S.; CAETANO, J.C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial Sistêmica dos pacientes cadastrados no HIPERDIA/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.34, n.3, p.45-50, 2005.
- BRANDÃO, A.A.; MAGALHÃES, M.E.C.; ÁVILA, A.; TAVARES, A.; MACHADO, C.A.; CAMPANA, E.M.G. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, Supl 1, p.1-4, 2010.
- BRASIL. Constituição. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Nasf. Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde**. Município de Guarapuava-PR. 2010b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>. Acesso em: 03 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde. **Boletim de Serviço**. v.25, n.36, p.2-36, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011b. 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124** de 28 de dezembro de 2012b. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Básica nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizasus**. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **SISHiperdia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.2, p.279-84, 2010.

CARLOS, J.G. **Interdisciplinaridade no ensino médio: desafios e potencialidades**. 2007. 171p. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CASTRO, M.M.L.D; HOKERBERG, Y.H.M.; PASSOS, S.R.L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1357-1369, 2013.

CAVALCANTI, C.L.; GONÇALVES, M.C.R.; ASCIUTTIL, L.S.R.; CAVALCANTI, A.L. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v.11, n.6, p.865-877, 2009.

CECCIM, R.B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

CENATTI, J.L.; LENTSCK, M.H.; PREZOTTO, K.H.; PILGER, C. Caracterização dos usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.2, n.1, p.21-31, 2013.

CODOGNO, J.S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipos 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.56, n.1, p.6-11, 2012.

COSTA, R.P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v.5, n.8, p.107-124, 2007.

COSTELLO, J.F. Roles and Strategies of Diabetes Support Group Facilitators: An Exploratory Study. **The Diabetes Educator**, v.39, n.2, p.178-186, 2013.

COTTA, R.M.M.; REIS, S.; BATISTA, K.C.S.; DIAS, G.; ALFENAS, R.C.G.; CASTRO, F.A.F. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, v.22, n.6, p.823-835, 2009.

DORES, H.; SALVADOR, F.; SANTOS, P. Blood pressure in young adults. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v.29, n.10, p.1495-508, 2010.

ERLICH, H.; VALDES, A.M.; NOBLE, J.; CARLSON, J.A.; VARNEY, M.; CONCANNON, P.; MYCHALECKYJ, J.C.; TODD, J.A.; BONELLA, P.; FEAR, A.L.; LAVANT, E.; LOUEY, A.; MOONSAMY, P. HLA DR-DQ haplotypes and genotypes and type 1 diabetes risk: analysis of the type 1 diabetes genetics consortium families. **Diabetes**, v.57, n.4, p.1084-92, 2008.

ETO, F.N.; SCARPI, J.A.; OLIVEIRA, E.R. A.; GOMES, M.J.G. Estudo Sobre a Qualidade de Vida de uma Amostra de Idosos do Município de Vila Velha-ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.12, n.4, p.5-12, 2010.

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.4, p.745-57, 2010.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (IDF). **Versión electrónica del Diabetes Atlas**. 2003. Disponível em: <<http://www.idf.org/about-diabetes>>. Acesso em: 29 set. 2015.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (IDF). **Home: what we do**. 2015. Disponível em: <<http://www.idf.org/whatwedo>>. Acesso em: 29 set. 2015.

FEDERACION INTERNACIONAL DIABETES (IDF). **IDF Diabetes Atlas**. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 15 out. 2015.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012.

FERNANDES, V.F.R.A. **Uma experiência integrada para reduzir o risco cardiovascular na área de abrangência do programa de saúde da família em Três Corações/MG**. 2012. 42p. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2012.

FIGAR, S.; GALARZA, C.; PETRLIK, E.; HORNSTEIN, L.; RODRÍGUEZ LORIA, G.; WAISMAN, G.; RADA, M.; SORIANO, E.R.; QUIRÓS, F.G. Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly Persons. **American Journal of Hypertension**, v.19, n.7, p.737-734, 2006.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FONTOURA, L.F.; WIETZKE, M.; MOREIRA, I.J.B.; GARCIA, E.L.; KRUG, S.B.F. Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupo nas ações de educação em saúde. **Revista UNIABEU**, v.7, n.15, p.66-75, 2014.

GATTI, B.A.; NUNES, M.R.; GIMENES, N.A.S.; TARTUCE, G.L.B.P.; UNBEHAUM, S.G. Formação de professores para o ensino fundamental: instituições formadoras e seus currículos. In: Fundação Victor Civita. **Estudos & Pesquisas Educacionais**, n.1, p.95-138, 2010.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

GROSSI, S.A.A. O manejo do Diabetes Mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. In: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. Manual de Enfermagem. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

GUARAPUAVA. Prefeitura Municipal. **História**. 2015. Disponível em: <<http://www.guarapuava.pr.gov.br/turista/historia/>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

GUARAPUAVA. Prefeitura Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Guarapuava: SMS/Prefeitura de Guarapuava, 2013.

GUCCIARDI, E.; CHAN, E.W.S.; FORTUGNO, M.; KHAN, S.; HORODEZNY, S.; SWARTZACK, S.J. Primary Care Physician Referral Patterns to Diabetes Education Programs in Southern Ontario, Canada. **Canadian Journal of Diabetes**, v.35, n.3, p.262-268, 2011.

HOLEINDRE, J.V. Raymond Aron e a sociologia das relações internacionais. **Revista de Relações Internacionais**, v.1, n.35, p.35-45, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População e Desenvolvimento**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: UNFPA/IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Guarapuava: síntese das informações**. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410940&idtema=16&search=parana|guarapuava|síntese-das-informacoes->>. Acesso em: 19 jan. 2016

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (IPARDES). **Caderno Estatístico - Município de Guarapuava**. 2016. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85000&btOk=ok>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

ISER, B.P.M.; STOPA, S.R.; CHUEIRI, R.S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, H.O.C.; DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.2, p.305-314, 2015.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.31, n.3, p.1-12, 2009.

LAUTENSCHLAEGER, D.; JUGDAR, P.; MANI, F.E.M. Reflexão sobre a promoção de saúde na visão dos atores sociais do programa saúde da família. **Anuário da produção acadêmica docente**, v.3, n.4, p.37-56, 2009.

LIM, S.S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v.15, n.380, p.2224-2260, 2012.

LIMA, L.M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; ZILLMER, J.G.V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.323-329, 2011.

LOPES, H.F. Genética e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.87-91, 2014.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócia histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MACHADO, M.C.; PIRES, C.G.S.; LOBAO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1357-1363, 2012.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNCAO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, suppl.1, p.1383-1388, 2011.

MALTA, D.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.1, p.151-164, 2013.

MANTOVANI, M.F.; MACIEL, K.F.; PELINSKI, A.; GAIO, D.M.; FUSUMA, F.; ULBRISH, E. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.1, p.157-161, 2011.

MARTINS, J.S.; GARCIA, J.F.; PASSOS, A.B.B. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**, v.1, n.1, p.1-9, 2008.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas. Florianópolis**, v.17, n.1, p.31-48, 2009.

MENDES, T.A.B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N.J.; BARROS, M.B.A.; GALVÃO CESAR, C.L.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1233-1243, 2011.

MIARELI, A.V.T.C. **Trabalho multiprofissional da ESF: dificuldades ou desafios?**. 2012. 32p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, MG, 2012.

MILECH, A.; CHACRA, A.R.; KAYATH M. . Revisão da Hiperglicemia Pós-Prandial e a Hipoglicemia no Controle do Diabetes Mellitus – O Papel da Insulina Lispro e Suas Pré-Misturas nos Picos e Vales. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.45, n.5, p.423-432, 2011.

MION JUNIOR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARRÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.3, p.249-254, 2001.

MIRANZI, S.S.C.; FERREIA, S.F.; IWAMOTO, H.H.; PEREIRA, G.A.; MIRANZI, M.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.672-679, 2008.

MONTE, P. **Conferência Internacional de saúde em Buenos Aires discute recursos humanos**. Departamento de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2015.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.2, p.358-364, 2009.

NELO, M.A.S. **Plano de Intervenção para Reorganização do Programa Hiperdia no Município de Exu – PE**. 2011. 29p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2011.

NICOLAZI, M.C.; SILVA, J.K.C.; COELHO, L.; CASCAES, A.M.; BÜCHELE, F. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.3, p.428-434, 2009.

OLIVEIRA, R.C.S.; SCORTEGAGNA, P.A.; OLIVEIRA, F.S. Trajetórias históricas das políticas públicas para a educação na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.6, n.3, p.382-392, 2009.

ONCKEN, L. **Viver com diabetes**. 2015. Disponível em: <<https://vivercomdiabetes.wordpress.com>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia de Estudos**. Sinus, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMSGuiaOnline.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Índice de Desenvolvimento Humano**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1992. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1992.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Departamento de Organização e Gestão do Sistema. **Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no estado do Paraná**. Curitiba: SESA, 2015.

PARANÁ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Grupos de Convivência cadastrados no município de Guarapuava – PR**. Guarapuava: FASTMED, 2014.

PARANÁ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Relatório quadrimestral de gestão: período maio-agosto de 2015**. Guarapuava: SMS, 2015.

PAULWEBER, B. et al. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. **Hormone and Metabolic Research Journal**, v.42, Supl. 1, p.3-36, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, J.M. **Finanças públicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface**, v.17, n.45, p.327-340, 2013.

PEREIRA, R.C.A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. 134p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA, P.M.H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD). **Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

PILGER, C. **Conhecendo o idoso na comunidade: subsídios para a equipe e para os serviços de saúde, Guarapuava-PR**. 2010. 98p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2010.

PODESTÁ, M.H.M.C.; SOUZA, W.A.; VILAS BOAS, O.M.G.C.; MARTINS, A.D.; BRÁZ, C.L.; FERREIRA, E.B. Qualidade de vida dos usuários da atenção primária à saúde: perfil e fatores que interferem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.11, n.2, p.316-326, 2013.

PRINCE, M.J.; WU, F.; GUO, Y.; ROBLEDO, L.M.G.; O'DONNELL, M. SULLIVAN, R.; YUSUF, S. **The burden of disease in older people and implications for health policy and practice**. **The Lancet**, v.385, n.9967, p.549-562, 2014.

REIS, L.A.; FLORES, C.M.R. Avaliação do risco de quedas e fatores associados em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.28, n.1, p.42-49, 2014.

RIBEIRO M.D.A.; BEZERRA, E.M.A.; COSTA, M.S.; BRANCO, C.E.C.; NETO, J.D.A.; MOREIRA, A.K.F.; FILGUEIRAS, M.C. Avaliação do núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v.27, n.2, p.224-231, 2014.

RIBEIRO, G.S.G. **Custo do diabetes mellitus no sistema público de saúde brasileiro: Uma análise de políticas públicas de prevenção, educação e controle**. 2012. 37p. Monografia (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROSEN, G. **Uma história de Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SALOMÃO, M.L.M. **Necessidade de adolescentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município de São José do Rio Preto e as suas demandas para o cuidado em saúde: encontros e desencontros**. 2007. 266p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

SANTANA, T.S. **Meio ambiente como determinante da obesidade e fator de risco para doenças cardiovasculares**. 2014. 45p. Monografia (Graduação em Gestão Ambiental) – Faculdade UNB Planaltina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

SANTOS, A.B. **Extensão universitária como viabilizadora de políticas públicas: a visão de acadêmicos da UDESC**. 2012. 98p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2012.

SANTOS, E.C.B.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.S.; PEREIRA, M.C.A. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.5, p.952-957, 2011.

SANTOS, N.F.; SILVA, M.R.F. As políticas públicas voltadas ao idoso. **Revista da Faculdade de Santo Agostinho**, v.10, n.2, p.358-371, 2013.

SANTOS, Z.M.S.A. Hipertensão Arterial - um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v.24, n.4, p.285-286, 2011.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Health in 145 Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v.4, n.377, p.1949-1961, 2011.

SCORTEGAGNA, P.A. **Políticas públicas e a educação para a terceira idade: contornos, controvérsias e possibilidades**. 2010. 185p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (SESA). Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVE). Divisão de informações epidemiológicas (DVIEP). Sistemas de Informações sobre nascidos vivos - SINASC. Sistemas de informações sobre mortalidade-SIM. **Número de óbito materno, nascido vivo, e razão de mortalidade materna**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2498>> Acesso em: 22 jan. 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (SESA). **Plano Pluriannual 2016-2019**. Programa: Saúde para todo o Paraná. 2015. Disponível em: <<http://www.governoestadado.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=18>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (SESA). Departamento de Vigilância epidemiológica. Superintendências de Políticas de Atenção Primária. **Boletim Epidemiológico**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1107>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (SESA). **Linha guia de diabetes**. Curitiba: SESA, 2014.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.389-701, 2007.

SILVA, W.B. **A emergência da Atenção Farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. 2009. 305p. Tese (Doutorado em Educação Científica e Tecnológica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SILVA, A.G.; VIEIRA, C.A.G.A.; RODRIGUES, V.D. Pressão arterial: uma breve revisão. **Revista Digital**, v.15, n.154, p.1, 2011.

SILVA, A.L.G.; VARELLA, A.M.R.S.; VIEIRA, L.A.; MOREIRA JOSÉ, M.A.; SILVA, M.P.G.O.; FERREIRA, N.R.S.F.; MIRANDA, R.G.; VALÉRIO, R.A.; PELLEGRINI, R.; ESPIRITO SANTO, R.C.; PESSOA, V.I.F. **Interdisciplinaridade**. Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade (GEPI). São Paulo: PUCSP, 2014.

SILVA, L.M.S.; FERNANDES, M.C.; MENDES, E.P.; EVANGELISTA, N.C.; TORRES, R.A.M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.20, n.2, p.784-788, 2012.

SILVA, R.V.; COSTA, P.P.; FERMINO, J.S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, n.3, p.633-644, 2008.

SILVA, S.A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais. **Saúde Debate**, v.38, n.103, p.692-705, 2014.

SIMMONS, C.; KAPUSTIN, J.F. Diabetes Group Visits: An Alternative to Managing Chronic Disease Outcomes. **American College of Nurse Practitioners**, v.7, n.8, p.671-679, 2011.

SKEVINGTON, S.M.; MCCRATE, F.M. Expecting a good quality of life in health: assessing people with di-verse diseases and conditions using the WHOQOLBREF. **Health Expect**, v.15, n.1, p.49-62, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, E.F.; REIS, S.C.G.B.; FREIRE, M.C.M. Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.3, p.483-490, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Controle da glicemia no paciente hospitalizado**. Posicionamento oficial SBD nº 03/2015. 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/pdf/posicionamentos-acesso-livre/posicionamento-3.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2007. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Diretrizes_SBD_2007%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **Hipertensão Arterial**. 2015. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/menospressao/hipertensao.html>>. Acesso em: 12 out. 2015.

SOUZA, C.F.; GROSS, J.L.; GERCHMAN, F.; LEITAO, C.B. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.56, n.5, p.275-284, 2012.

STACCIARINI, T.S.G.; HAAS, V.J.; PACE, A.E. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1314-1322, 2008.

TEIXEIRA, A.M.; CASTRO, G.C.; DAHER, L.; BRASILEIRO, M.E. Retardando a entrada de pacientes sob risco de infarto do miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva: um protocolo de prevenção. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v.1, n.1, p.1-16, 2010.

TEIXEIRA, D.S.C. **Aspectos epidemiológicos e sanitários relacionados à saúde bucal da população idosa**. 2015. 177p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TOSCANO, J.J.O. Qualidade de Vida em idosos com distintos níveis de atividade Física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.15, n.3, p.169-173, 2008.

TREVINO, M.G.E.V.; GONZALEZ, C.P.I.; GONZALEZ, O.L.B.; SALAMAR, M.G.F.; TREJO, N.E.R. Control metabólico de los adultos mayores con padecimientos de diabetes mellitus e hipertensión arterial. **Avances en Enfermería**, v.29, n.1, p.22-29, 2011.

UCHOA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.29, p.299-311, 2009.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.724-730, 2007.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p.525-531, 2003.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K.R.; COLET, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.114-121, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaração de Adelaide. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation, Geneva: WHO, 1997a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaração de Jacarta. In: BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997b,

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL: measuring quality of life**. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Carta de Bangkok**. VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde. v.XCIII, n.311, Tailândia, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaração de Sundsvall. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. 2006. Disponível em: <http://www.idf.org/webdata/docs/WHO_IDF_definition_diagnosis_of_diabetes.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/>. Acesso em: 23 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles**, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/countries/jor_en.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Non communicable diseases country profile**. Geneve: World Health Organization, 2011. 209p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO, 1986.

CAPÍTULO 2
AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS,
SOCIODEMOGRÁFICAS E DE QUALIDADE DE VIDA DE
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS PARTICIPANTES
DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Artigo submetido à periódico científico

Avaliação das características socioeconômicas, sociodemográficas e de qualidade de vida de indivíduos hipertensos e/ou diabéticos participantes de grupos de convivência

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo analisar as características socioeconômicas, sociodemográficas e de qualidade de vida de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR. Participaram da pesquisa indivíduos adultos e idosos, portadores de HAS e/ou DM e cadastrados em 16 grupos de convivência de Guarapuava no Programa Hiperdia. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, utilizando-se um questionário sociodemográfico e um questionário avaliativo sobre a qualidade de vida (WHOQOL-bref). Participaram efetivamente da pesquisa 205 indivíduos, sendo 136 (66,34%) hipertensos, 13 (6,34%) diabéticos e 56 (27,32%) com ambas as patologias. Verificou-se uma maior predominância de indivíduos com HAS isolada nos grupos de convivência do município. Além disso, a maioria dos participantes informou ser casado, do sexo feminino, da raça branca, de religião católica, com baixa escolaridade, elevado número de filhos, morar em residência própria e na zona urbana e apresentar uma baixa renda mensal. Os indivíduos com idade ≥ 65 anos apresentaram menor prevalência de HAS isolada e HAS+DM associadas, enquanto as pessoas não alfabetizadas tiveram maior ocorrência dessas patologias. A raça parda demonstrou maiores chances para o desenvolvimento de DM isolado e HAS+DM, quando comparada a outras raças. Além disso, as mulheres com ≥ 65 anos e que têm moradia própria quitada apresentaram maiores chances de desenvolver HAS isolada. Contrariamente, as mulheres residentes na zona rural tiveram menores chances para o aparecimento de HAS e HAS+DM, se comparadas àquelas da zona urbana. Uma renda econômica menor também influenciou para reduzir a prevalência de HAS ($p \leq 0,05$) entre as mulheres. A maioria dos indivíduos avaliados classificou-se com uma boa qualidade de vida, principalmente para o domínio psicológico, enquanto o domínio físico foi aquele que apresentou menor classificação de qualidade de vida. Conclui-se que os fatores socioeconômicos, sociodemográficos e de qualidade de vida interferem diretamente no cotidiano de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis; políticas públicas de saúde; ações em saúde.

Evaluation of socioeconomic, sociodemographic and quality of life characteristics of hypertensive and/or diabetic participants community groups

Abstract: This study aims to analyze the socioeconomic, sociodemographic and quality of life of patients with High Blood Pressure (HBP) and/or Diabetes Mellitus (DM) participants on community groups at Guarapuava, PR. The participants were adults and elderly HPB and/or DM carriers individuals and registered on 16 Guarapuava community groups in Hiperdia Program. Data collection was performed through interviews, using a sociodemographic survey and an evaluation survey about quality of life (WHOQOL-BREF). Participated effectively on the survey 205 individuals, 136 (66.34%) hypertensive patients, 13 (6.34%) diabetics and 56 (27.32%) with both conditions. There was a higher prevalence of individuals with isolated HBP in municipal social groups. Moreover, most participants

reported being married, female, caucasian, catholic, with low education, high number of children, living in their own homes and in urban areas and have a low monthly income. Individuals aged ≥ 65 years had a lower prevalence of HBP isolated and HBP+DM associated. People illiterate had higher occurrence of these diseases. The mulattos showed greater chances for the development of DM isolated and HBP+DM compared to other races. In addition, women with ≥ 65 years and having own settled housing were more likely to develop HBP isolated. Conversely, women living in rural areas had lower chances for the appearance of HBP and HBP+DM, compared to those in urban area. Lower economic income also influenced to reduce the prevalence of HBP ($p < 0.05$) among women. Most of the individuals were classified with a good quality of life, especially for the psychological domain, while the physical domain was the one who had lower quality of life rating. We concluded that the socioeconomic, sociodemographic and quality of life directly affect the daily life of individuals with HBP and/or DM participants on Guarapuava, PR, community groups.

Keywords: Chronic non-communicable diseases; Public health policies; Health actions.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é conceituada como a percepção que o indivíduo possui sobre sua inserção na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ele vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2012). Assim, a qualidade de vida está inserida dentro de uma área multidisciplinar de conhecimentos, que compreende diversas formas de ciência e conhecimentos populares, os quais interferem diretamente nas atividades pessoais. Nessa perspectiva, a percepção sobre qualidade de vida envolve vários elementos do cotidiano do ser humano. Considera-se aqui desde a sua expectativa em relação à vida, até questões mais determinantes como o agir clínico frente às enfermidades que possam acometê-lo (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Um instrumento bastante utilizado para mensurar a qualidade de vida da população é o chamado *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100). É um instrumento complementar para avaliação da qualidade de vida em idosos (SERBIM; FIGUEIREDO, 2009), que serve para comparação de tratamentos no sentido de definir quais aspectos da qualidade de vida podem ser afetados por determinada terapia. Esses fatores podem ser favoráveis, como melhora na qualidade de vida em cuidados paliativos, ou negativos, como toxicidade e efeitos colaterais do tratamento (NERI, 2000). O uso dessas medidas pode beneficiar os pacientes, pois seus problemas são identificados e as decisões de tratamento podem ter como base suas preferências e habilidades (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009). Contudo, devido à necessidade de se utilizar questionários mais curtos e de rápida aplicação, surgiu o WHOQOL-bref, o qual foi desenvolvido a partir da versão completa do

WHOQOL-100 (WHO, 1998).

O WHOQOL-bref foi projetado para comparar a evolução da qualidade de vida das populações e, além disso, investiga sistema de valores, os ideais e os objetivos de vida das pessoas (FLECK *et al.*, 2000; BLAY; MARCHESONI, 2011). Dessa forma, O WHOQOL-Bref vem se destacando na literatura como uma importante metodologia auxiliar tanto na avaliação das populações saudáveis como no tratamento de patologias relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (AZEVEDO *et al.*, 2013). Esse efeito foi observado por Stival *et al.* (2014), que utilizaram o WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Os resultados demonstraram que os idosos apresentam melhor qualidade de vida no domínio "relações sociais", seguido do "psicológico", "físico" e "meio ambiente".

O DM é caracterizado como a incapacidade do organismo em produzir ou utilizar adequadamente a insulina, que é o hormônio responsável em controlar a quantidade de glicose circulante no organismo. Estima-se que mais de 171 milhões de pessoas no mundo, dentre as quais 10 milhões no Brasil, sejam acometidas por essa patologia. O DM tem origem genética, contudo pode estar associado à fatores relacionados ao estilo de vida, como sedentarismo, obesidade e hábitos inadequados de alimentação (FREITAS; GARCIA, 2012).

A HAS é a mais comum dentre as doenças crônicas não transmissíveis. É caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (maior que 140 x 90 mmHg) (DANTAS, 2011). Esse efeito eleva a possibilidade da ocorrência de outras situações patológicas como o acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio. Estima-se que 1,6 bilhões de pessoas sejam acometidas pela HAS no mundo, enquanto no Brasil acredita-se que o número de doentes passe de 30 milhões (PORTAL BRASIL, 2016). As causas da HAS podem estar relacionadas à alimentação inadequada (consumo excessivo de sal e gordura principalmente), obesidade, sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, dentre outras (DELGADO; SILVA, 2011).

O risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM pode ser reduzido por meio de medidas básicas de atenção à saúde. Dentre elas, cita-se a prática regular de atividade física, o controle de peso e da alimentação, consumo restrito de sal, de bebidas alcoólicas e de cigarro (MACHADO *et al.*, 2012). Contudo, uma vez instaladas as doenças, é possível que os indivíduos vivam normalmente, desde que controlem os aspectos que apresentam influência

direta no avanço das complicações relacionadas à HAS e ao DM (CARVALHO, 2012). Assim, o uso diário de medicamentos, o cuidado com a alimentação, a prática de atividades físicas, o controle constante da pressão arterial e da glicose devem ser seguidos rigorosamente pelos pacientes portadores dessas patologias (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Apesar da possibilidade do controle da HAS e do DM, a literatura demonstra que existe uma baixa adesão ao tratamento pelos pacientes a longo prazo (PIERIN *et al.*, 2011). Isso, porque diversos fatores podem influenciar nesse processo, tais como as características biossociais; a cronicidade da doença; a ausência de sintomas e as consequências tardias; e os aspectos institucionais, como acesso ao serviço de saúde e o relacionamento do hipertenso com a equipe de saúde (MACHADO, 2014). Para a solução desses problemas, seriam necessárias políticas públicas voltadas à atuação de equipes interdisciplinares, atividades comunitárias e organização e planejamento dos serviços de saúde. Para tanto, devem-se considerar os aspectos regionais, culturais, sociais e econômicos da população, os quais contribuem de forma direta na qualidade de vida e avanço das doenças (PEREIRA *et al.*, 2012).

Desde 2001, o Ministério da Saúde utiliza o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) como estratégia para o controle de casos de HAS e DM no Brasil (BRASIL, 2016). O registro é efetuado após o usuário ser diagnosticado pelos médicos como portadores de HAS e/ou DM. Esse sistema colabora de forma direta para o planejamento das ações públicas em saúde (BRASIL, 2016), que pretendem o controle e acompanhamento dessas afecções na atenção primária, além de evitar o surgimento e progressão de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e mortalidade relacionadas à HAS e ao DM (SILVA *et al.*, 2011).

Os usuários cadastrados no Hiperdia são acompanhados mensalmente pela referida ESF, por meio de palestras educativas e/ou orientações individuais. São abordados temas relacionados à importância da prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como DM e HAS, com o cumprimento correto dos tratamentos. O trabalho das ESF juntamente aos usuários tem o intuito de promover mudanças no estilo de vida e demonstrar a importância na adesão aos tratamentos propostos, melhorando a qualidade de vida e o aparecimento de complicações (PAULA *et al.*, 2011). Destaca-se que, para receber os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicêmicos, os indivíduos devem participar de forma ativa dos chamados grupos de convivência (CENATI *et al.*, 2013).

As reuniões em grupos de convivência ocorrem, geralmente, três vezes ao mês, sendo realizadas palestras nas unidades básicas de saúde que visam à conscientização, à orientação e ao controle do diabetes e da hipertensão e à promoção de hábitos saudáveis para a melhoria na qualidade de vida dos usuários, além da entrega de medicamentos. Nessas intervenções podem participar diversos profissionais como os agentes comunitários de saúde, residentes, professores orientadores de estagiários de graduação e enfermeiras da equipe (WAGNER; SOARES, 2012). O objetivo principal dos grupos de convivência é promover ao usuário a ampliação de suas capacidades, a modificação de comportamentos, o desenvolvimento da autonomia e o enfrentamento de situações que ocasionem sofrimentos evitáveis (SANTOS *et al.*, 2005).

Pesquisas realizadas em grupos de convivência demonstram que os participantes são mais ativos fisicamente, apresentam melhor qualidade de vida, com um controle mais significativo de patologias como a HAS e DM (BARBOSA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Nesse contexto, Cenatti *et al.* (2013) relatam que a utilização de intervenções interdisciplinares é bastante efetiva na educação em saúde. Essa forma de atuação, que engloba diversas áreas do conhecimento, tem influência imediata na conscientização e na sensibilização dos pacientes no que se refere à importância dos cuidados relacionados ao tratamento.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as características socioeconômicas, sociodemográficas e de qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus participantes de grupos de convivência de Guarapuava, Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do estudo e da amostra

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado no ano de 2015. Participaram da pesquisa indivíduos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia e atuantes em 16 grupos de convivência do município de Guarapuava, PR.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, PR, sob parecer nº 896.277 (Anexo I). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser diagnosticado com HAS e/ou DM; fazer uso de medicação por um período mínimo de 6 meses; participar do grupo de convivência de forma assídua e com tempo mínimo de 6 meses;

possuir idade superior a 50 anos; não apresentar quadros agudos da doença que o impossibilitem de responder aos questionários; concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, com utilização dos seguintes instrumentos: a) questionário socioeconômico, sociodemográfico e de saúde com perguntas fechadas (Apêndice II); e b) WHOQOL-bref (Anexo II) para avaliação da qualidade de vida.

O questionário contendo dados socioeconômicos, sociodemográficos e de saúde foi adaptado de Pilger (2015), sendo composto por 14 questões objetivas. Foram investigadas as seguintes informações: data de nascimento, sexo, número de filhos, raça, estado civil, escolaridade (saber ler ou escrever e tempo de frequência escolar), com quem o participante reside, característica de moradia, renda mensal e tipo de renda, zona de residência (urbana ou rural), religião ou doutrina e percepção de saúde.

O WHOQOL-bref utilizado era composto por 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais (24 questões) representando cada uma das 24 facetas, divididas em 4 domínios (físico, social, psicológico e meio ambiente), que avaliam aspectos específicos da vida do indivíduo, conforme segue: a) “Físico” - dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; b) “Psicológico” - sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais; c) “Relações sociais” - relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual; e d) “Meio ambiente” - segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK *et al.*, 2006).

No WHOQOL-bref cada faceta foi avaliada por apenas uma questão. Cada item possuía escores de 1 a 5, em escala tipo *Likert*, que foram transformados numa escala linear de qualidade de vida que variou de 0 a 100 (0 = menos favorável e 100 = a mais favorável). Assim, quanto mais perto de 100, melhor a qualidade de vida do participante (FLECK *et al.*, 2006; CRUZ *et al.*, 2011).

Análise de dados

Os dados foram analisados com a utilização do programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 22) e apresentados por meio de frequências médias e desvio-padrão. Para avaliação dos dados não paramétricos foram utilizados os testes de Qui-quadrado, Wald e Exato de Fisher. Já, para a análise dos dados paramétricos empregou-se a ANOVA One-way. A estimativa de *Odds Ratio* foi utilizada como medida de intensidade de associação. Para todas as análises, um nível de significância de $p \leq 0,05$ foi adotado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 267 indivíduos adultos e idosos. Contudo, 62 (23,3%) foram excluídos por não responderam ao questionário, totalizando assim 205 participantes, sendo: 136 (50,9%) hipertensos, 13 (4,8%) diabéticos, 56 (20,9%) com ambas as patologias. A idade média foi de $65,1 \pm 9,6$ anos para os hipertensos, $60,8 \pm 6,0$ anos para os diabéticos e $65,1 \pm 11,1$ anos para os que tinham as duas patologias. A associação entre as características sociodemográficas, socioeconômicas e autoavaliação de saúde com a presença das patologias HAS e DM isoladas ou agrupadas está descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Prevalência das variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e autoavaliação de saúde dos indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015

Variáveis	HAS n=136 n (%)	DM n=13 n (%)	HAS+DM n=56 n (%)	Total n=205 n (%)	p
Características sociodemográficas					
<i>Idade</i>					
≥ 65 anos	68 (50)	11 (84,6)	25 (44,6)	104 (50,7)	0,036 ²
< 65 anos	68 (50)	02 (15,4)	31 (55,4)	101 (49,3)	
<i>Sexo</i>					
Feminino	98 (72,1)	11 (84,6)	46 (82,1)	155 (75,6)	0,267 ²
Masculino	38 (27,9)	02 (15,4)	10 (17,9)	50 (24,4)	
<i>Raça</i>					
Branca	103 (75,7)	10 (76,9)	34 (60,7)	147 (71,7)	0,206 ¹
Negra	11 (8,1)	0 (0,0)	04 (7,1)	15 (7,3)	
Parda	20 (14,7)	03 (23,1)	18 (32,1)	41 (20,0)	
Amarela	01 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	01 (0,5)	
Indígena	01 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	01 (0,5)	

Tabela 1. Continuação...

Variáveis	HAS n=136 n (%)	DM n=13 n (%)	HAS+DM n=56 n (%)	Total n=205 n (%)	p
<i>Estado Civil</i>					
Solteiro (a)	11 (8,1)	0 (0,0)	05 (8,9)	16 (7,8)	0,176 ¹
Casado (a)	67 (49,3)	06 (46,2)	30 (53,6)	103 (50,2)	
Viúvo (a)	39 (28,7)	04 (30,8)	18 (32,1)	61 (29,8)	
Divorciado (a)/Desquitado (a)	14 (10,3)	02 (15,4)	0 (0,0)	16 (7,8)	
Separado (a)	05 (3,7)	01 (7,7)	03 (5,4)	09 (4,4)	
<i>Alfabetizado</i>					
Não	08 (5,9)	0 (0,0)	10 (17,9)	18 (8,8)	0,023 ²
Sim	128 (94,1)	13 (100,0)	46 (82,1)	187 (91,2)	
<i>Anos de escolaridade</i>					
0	11 (8,1)	0 (0,0)	14 (25,0)	25 (12,2)	0,073 ¹
1 - 4	76 (55,9)	08 (61,5)	26 (46,4)	110 (53,7)	
4 - 8	40 (29,4)	03 (23,1)	13 (23,2)	56 (27,3)	
> 8	09 (6,6)	02 (15,4)	03 (5,4)	14 (6,8)	
<i>Números de filhos</i>					
0 - 1	18 (13,2)	02 (15,4)	07 (12,5)	27 (13,2)	0,140 ¹
2 - 4	76 (55,9)	09 (69,2)	23 (41,1)	108 (52,7)	
> 4	42 (30,9)	02 (15,4)	26 (46,4)	70 (34,1)	
<i>Religião</i>					
Católica	117 (86,0)	12 (92,3)	50 (89,3)	179 (87,3)	0,834 ¹
Evangélica	16 (11,8)	01 (7,7)	04 (7,1)	21 (10,2)	
Outra ^a	03 (2,2)	0 (0,0)	02 (3,6)	05 (2,4)	
<i>Moradores na residência</i>					
Sozinho (a)	27 (19,9)	03 (23,1)	09 (16,1)	39 (19,0)	0,859 ¹
Cônjuge e filho (s)	29 (21,3)	04 (30,8)	14 (25,0)	47 (22,9)	
Cônjuge, filhos, genro ou nora	08 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	08 (3,9)	
Companheiro (a)	37 (27,2)	03 (23,1)	18 (32,1)	58 (28,3)	
Filhos (as)	21 (15,4)	03 (23,1)	09 (16,1)	33 (16,1)	
Netos (as)	03 (2,2)	0 (0,0)	02 (3,6)	05 (2,4)	
Outros ^b	11 (8,1)	0 (0,0)	04 (7,1)	15 (7,3)	
<i>Tipo de moradia</i>					
Própria – quitada	119 (87,5)	12 (92,3)	53 (94,6)	184 (89,8)	0,815 ¹
Própria – financiada	06 (4,4)	01 (7,7)	02 (3,6)	09 (4,4)	
Aluguel	04 (2,9)	0 (0,0)	01 (1,8)	05 (2,4)	
Cedida – sem aluguel	05 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	05 (2,4)	
Outros ^c	02 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	02 (1,0)	
<i>Zona da residência</i>					
Rural	13 (9,6)	02 (15,4)	03 (5,4)	18 (8,8)	0,329 ²
Urbana	123 (90,4)	11 (84,6)	53 (94,6)	187 (91,2)	
<i>Características socioeconômicas</i>					
<i>Renda mensal – Salários mínimos^d</i>					
0 - 2 (≤ R\$ 1.576)	121 (89,0)	11 (84,6)	49 (87,5)	181 (88,3)	0,772 ¹
2 - 4 (R\$ 1.576,01 - 3.152)	14 (10,3)	02 (15,4)	06 (10,7)	22 (10,7)	
4 - 10 (R\$ 3.152,01 - 7.880)	01 (0,7)	0 (0,0)	01 (1,8)	02 (1,0)	

Tabela 1. Continuação...

Variáveis	HAS n=136 n (%)	DM n=13 n (%)	HAS+DM n=56 n (%)	Total n=205 n (%)	p
<i>Tipo de renda</i>					
Sem renda	03 (2,2)	02 (15,4)	03 (5,4)	08 (3,9)	0,369 ¹
Aposentadoria	86 (63,2)	07 (53,8)	29 (51,8)	122 (59,5)	
Pensão	19 (14,0)	02 (15,4)	11 (19,6)	32 (15,6)	
Aluguel	02 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	02 (1,0)	
Trabalho informal	16 (11,8)	02 (15,4)	09 (16,1)	27 (13,2)	
Doações	01 (0,7)	0 (0,0)	02 (3,6)	03 (1,5)	
Outros ^e	09 (6,6)	0 (0,0)	02 (3,6)	11 (5,4)	
<i>Segunda renda</i>					
Não possui	118 (86,8)	11 (84,6)	51 (91,1)	180 (87,8)	0,358 ¹
Pensão	13 (9,6)	01 (7,7)	02 (3,6)	16 (7,8)	
Aluguel	0 (0,0)	0 (0,0)	01 (1,8)	01 (0,5)	
Trabalho informal	05 (3,7)	01 (7,7)	02 (3,6)	08 (3,9)	
<i>Autoavaliação de saúde</i>					
Excelente	02 (1,5)	0 (0,0)	01 (1,8)	03 (1,5)	0,656 ¹
Muito boa	08 (5,9)	0 (0,0)	02 (3,6)	10 (4,9)	
Boa	40 (29,4)	04 (30,8)	16 (28,6)	60 (29,3)	
Razoável	77 (56,6)	09 (69,2)	33 (58,9)	119 (58,0)	
Ruim	05 (3,7)	0 (0,0)	02 (3,6)	07 (3,4)	
Péssima	04 (2,9)	0 (0,0)	02 (3,6)	06 (2,9)	

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; ^aOutros: Testemunha de Jeová, Ucrâniana Greco-Católica; ^bOutros: Neto e filho, marido e neta; pai, mãe, sobrinho, companheiro, filho e neto, marido e sogros; ^cOutros: Casa do filho (a); ^dRenda Mensal: Composição de toda renda (renda principal + segunda renda); ^eOutros: Benefício de Prestação Continuada (BPC); Auxílio Doença; Bolsa Família; ¹Teste de Qui-quadrado e ²Teste exato de Fisher.

Os participantes que tiveram maior predominância de HAS isoladamente foram aqueles com renda mensal entre 0 a 2 salários mínimos (89%), sendo a aposentadoria a maior fonte de renda (63,2%). Esses resultados corroboram os de Pierin *et al.* (2011), que avaliaram portadores de hipertensão residentes em São Paulo, SP. Segundo Cunha (2014), a baixa renda mensal de pacientes com HAS é decorrente da baixa qualificação profissional, o que resultou em subempregos com baixa remuneração e jornadas extensas de trabalho. Diante desse contexto, compreende-se que nesse público existe um baixo cuidado com a saúde, além de um consumo de produtos pouco saudáveis e pouca atividade física. Também, cabe destacar que a baixa remuneração é uma característica da população idosa brasileira que recebe aposentadoria (FERREIRA *et al.*, 2015).

Dentre as pessoas que apresentaram DM de forma isolada como a patologia mais prevalente, a maioria delas apresentaram idade ≥ 65 anos (84,6%) e eram do sexo feminino. Resultados similares foram observados por Girardi *et al.* (2015), avaliando grupos de convivência de cidades do interior do Rio Grande do Sul. Conforme Kurz e Morgan (2012), no Brasil, os grupos de convivência foram criados com a intenção incluir indivíduos idosos,

por meio de atividades que contribuam para a saúde, qualidade de vida e socialização. Além disso, os grupos de convivência têm o objetivo de contribuir nos aspectos físicos, emocionais e culturais e na adesão aos tratamentos em caso de doenças crônicas (WEICHMANN *et al.*, 2013). No ano de 2005, a população idosa no Brasil era de 11%, assim, prevê-se que em 2050 a quantidade de idosos irá mais que triplicar, atingindo o total de 65 milhões de pessoas (LISBOA; CHIANCA, 2012). Assim, verifica-se a necessidade urgente de investimentos em políticas públicas para garantir um envelhecimento ativo.

Segundo Weichmann *et al.* (2013), a prevalência de mulheres em grupos de convivência é explicada devido ao seu maior interesse no cuidado com a saúde, preocupação que ocorre menos frequentemente entre os homens. Uma justificativa é o contexto histórico, social e cultural que persiste na sociedade brasileira, sendo que os programas de saúde, em geral, são voltados para as mulheres, crianças e idosos, indicando uma falha no acolhimento ao público masculino e suas demandas na atenção primária à saúde. Além disso, o estereótipo do homem como um ser "mais forte" persiste ainda atualmente, fazendo-o acreditar que possuem maior resistência às doenças e não necessitam de cuidados preventivos (COUTO *et al.*, 2010).

Machin (2011) explica que os homens estão situados no polo do não cuidado (ausentes, impacientes, desconhecedores dos códigos sociais que norteiam o atendimento na atenção primária, entre outros). Já, as mulheres têm maior atenção ao cuidado primário (mais participação, presença, adesão às propostas preventivas e conhecimento e aceitação das normas que permeiam na atenção primária. Além disso, as mulheres apresentam, em geral, maior sobrevida que homens, tornando-as mais propensas ao surgimento de doenças crônicas (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Oca-Rodríguez *et al.* (2012) também explicam que a maior prevalência de HAS em mulheres mais idosas deve-se ao fato de serem mais propensas aos fatores de risco da doença. Dentre eles, está a diminuição na produção de hormônios esteroides, o que desencadeia um aumento do tônus vascular das artérias periféricas, podendo levar à HAS em mulheres na pós-menopausa.

A prevalência da raça branca (76,9%), de indivíduos alfabetizados (100%) e com 1 a 4 anos de escolaridade (61,5%) foi mais observada entre aqueles com DM de forma isolada. Isso pode ser explicado, pois a maioria dos participantes de grupos de convivência em Guarapuava declarou-se branco (69,88%) e alfabetizado (94%) (IPARDES, 2016). Apesar de se constatar um elevado índice de alfabetização entre os indivíduos portadores de DM, constata-se ainda uma baixa escolaridade entre a maioria deles (1ª a 4ª séries). Lima e Duarte

(2013), avaliando portadores de DM participantes de um grupo de convivência de Vitória da Conquista, BA, também observaram que a maioria deles (53%) haviam frequentado a escola somente até a 4ª série. Lyra *et al.* (2010) explicam que as pessoas com baixa escolaridade e baixa renda têm maior dificuldade em buscar o atendimento na atenção básica e participar de ações preventivas. Além disso, existe pouca divulgação dos serviços de saúde em municípios de menor porte, o que influencia diretamente na maior probabilidade de ocorrência de DCNT, como o DM, na população.

Estudos de Silva *et al.* (2015) demonstraram que o DM é mais comum em indivíduos de raça branca. Essa condição deriva, inicialmente, da composição populacional do município de Guarapuava, sendo que mais de 69,88% da população se declara branca (IPARDES, 2016). Segundo Pelá (2012), indivíduos de raça branca tendem a ser mais suscetíveis ao DM pelo fato de acumular mais gordura no pâncreas, o que influi no descontrole do gene da insulina. Isso, ocasiona uma maior liberação de insulina no organismo, que ao longo do tempo pode resultar na resistência à insulina ocasionando o DM. Além disso, a gordura influi nos adipócitos, os quais secretam maiores concentrações de tumor *necrosis factor alpha* (TNF1) e interleucina 6. Essa substâncias afetam negativamente a ação da insulina no organismo promovendo uma menor metabolização da glicose. Destaca-se que, neste caso, ocorre também uma maior produção de leptina, resistina e o inibidor – 1 da ativação do plasminogênio (PAI-1), aumentando o quadro de resistência à insulina, fato que pode desencadear o DM (CAMPOS *et al.*, 2006; CARVALHO *et al.*, 2006).

Na presente pesquisa, considerando-se os indivíduos com DM de forma isolada, a maioria tem entre 2 a 4 filhos (69,2%) e é de religião católica (92,3%). Resultados semelhantes foram encontrados por Lima e Duarte (2013), que avaliaram participantes de um grupo de convivência de Vitória da Conquista, BA. Em Guarapuava, no último censo realizado em 2010, a maioria da população se declarou católica (78,63%), o que pode justificar os achados desta pesquisa (IBGE, 2010). Cabe ressaltar também que o Brasil é um dos países com maior número de indivíduos católicos (68,46%) (NERI, 2011). Em relação à composição familiar em Guarapuava, há predominância de 2 a 4 filhos, com percentual de 85,75% (IPARDES, 2016).

A maioria dos pesquisados considerou sua saúde como razoável (69,2%), corroborando com Pereira *et al.* (2014), que estudaram o entendimento da situação de saúde de indivíduos residentes em Montes Claros, MG. Os autores constataram que 53,6% deles classificavam sua saúde como regular. Segundo Moreira *et al.* (2010), essa percepção ocorre porque as pessoas

compreendem que o DM é uma doença crônica e incurável. Com isso, necessitam alterar seu estilo de vida, principalmente melhorando os hábitos alimentares e reduzindo o consumo de alimentos com alto índice glicêmico, os quais sempre foram considerados saborosos. Nesse aspecto, observa-se que os pacientes com DM acabam adquirindo outras doenças como a depressão, a qual pode influenciar de forma direta o tratamento do DM. Boarolli *et al.* (2014) explicam que distúrbios no metabolismo sistêmico, como é o caso do DM, estão associados a alterações neuroquímicas e hormonais que desencadeiam as doenças psiquiátricas, além de terem efeitos hiperglicemiantes.

Em relação à prevalência conjunta de HAS+DM, a maioria dos pesquisados eram casados (53,6%), moravam com companheiro (32,1%), residentes na zona urbana da cidade (94,6%), tinham residência própria (94,6%) e não possuíam segunda renda (91,1%). Efeitos semelhantes foram observados por Rego (2011), que analisou pessoas cadastradas no grupo do Hiperdia de Paraíba, PB. Conforme Weissheimer (2011), os moradores da zona urbana estão mais propensos a desenvolver doenças crônicas devido ao maior sedentarismo, ao maior nível de obesidade e a maior presença de hábitos de risco, como o tabagismo, consumo excessivo de sódio, falta de exercícios físicos e tempo gasto com equipamentos eletrônicos. Além disso, Oliveira (2010) explica que os pacientes que apresentam HAS e DM em geral, têm idade mais avançada e, com isso, já são casados ou convivem com companheiro(a). Nesse contexto, também acumulam um número maior de filhos, dentre outros parentes que podem conviver na mesma residência. Esses fatores podem contribuir para explicar a baixa renda dos participantes que recebem aposentadoria como a única fonte de renda familiar. Cabe destacar que muitos deles já possuem uma residência própria, pois apresentam maiores vantagens para adquirir benefícios sociais de habitação, além de existir a possibilidade de terem ganhado a casa de algum(ns) filho(s) ou parente(s) próximo(s).

A HAS e o DM são doenças diretamente associadas pelo fato de possuírem aspectos em comum, destacando-se: a genética, os fatores de risco e a ausência de sintomas, dentre outros (LUCENA, 2007). Sabe-se que o DM pode desencadear um processo oxidativo mais rápido nos vasos sanguíneos, o que ocorre em função do aumento da glicose sanguínea circulante. Essa oxidação pode favorecer o bloqueio das artérias com moléculas de gordura, além de contribuir para o acúmulo de colesterol LDL (lipoproteína de baixa densidade), efeitos que podem promover um aumento da pressão arterial e, com isso, aumentar o risco de HAS (ARAÚJO *et al.*, 2000).

Os indivíduos com idade ≥ 65 anos tiveram menor prevalência de HAS isoladamente, bem como HAS+DM associadas ($p < 0,05$) que aqueles com idade < 65 anos. Já, as pessoas não alfabetizadas apresentaram maior ocorrência de HAS isolada e de HAS+DM conjuntas ($p < 0,05$) que aquelas alfabetizadas. As demais variáveis não apresentaram associação significativa ($p > 0,05$) em relação às características avaliadas. Resultados similares ($p < 0,05$) para idade e baixa alfabetização foram verificados por Sousa (2014), que avaliou uma população com idade ≥ 60 anos de Alto Longá, PI. Shaw *et al.* (2010) estimaram que entre os anos de 2010 e 2030 haverá um aumento de 69% nos casos de DM entre adultos e idosos (20-79 anos) residentes em países em desenvolvimento. Essa constatação corrobora com os achados da presente pesquisa, uma vez que houve uma prevalência de indivíduos portadores de DM (Tabela 1).

Sabe-se que a pressão arterial mais elevada em pessoas com idade ≥ 65 anos apresenta uma relação direta e linear (SBC, 2010), sendo que aproximadamente 60% da população brasileira apresenta HAS. Contudo, constata-se que, nos grupos de convivências, os indivíduos participam de diversas ações que buscam a promoção da saúde, o que pode auxiliar, principalmente, para a redução da pressão arterial (MAGNABOSCO, 2007). Além disso, em geral, pacientes com DM necessitam de medicações como a Metformina e as Tiazolidinedionas. Essas drogas elevam a tolerância à glicose, o que pode reduzir a pressão arterial por meio do aumento da sensibilidade à insulina. Segundo Fonseca (2010), essas drogas facilitam o transporte de glicose para as células, o que promove sua plena utilização. Elas também aumentam a oxidação de ácidos graxos, prevenindo seu acúmulo no organismo. Considerando esse contexto, pode ocorrer uma diminuição da pressão arterial, já que essas drogas contribuem para a redução do colesterol total e LDL, além de elevar o nível do colesterol HDL (*High Density Lipoprotein*) (RODRIGUES NETO *et al.*, 2015). Também, já se verificou que a utilização de Metformina se associou ($p = 0,09$) a um menor ganho de peso, menor ocorrência de hipoglicemia e diminuição dos níveis de insulina plasmática, fatores que também favorecem o controle da pressão arterial (FARIA *et al.*, 2002).

Destaca-se que a compreensão do processo de saúde-doença em pacientes portadores de HAS e DM poderá auxiliar no delineamento de programas públicos de saúde, que visem a reduzir a prevalência dessas doenças. Nesse sentido, espera-se que haja uma maior procura pelos grupos de convivência, que pretendem a manutenção de uma vida saudável e maior adesão às práticas saudáveis, reduzindo-se os agravos das DCNT (FRANCIONI; SILVA 2007).

Segundo Souza (2014), as pessoas que apresentam um nível de escolaridade menor, em

geral, possuem baixas condições socioeconômicas. Dessa forma, ficam mais susceptíveis à depressão e ao estresse crônico, o que pode colaborar para o aumento dos níveis de catecolaminas circulantes no organismo, fato que provoca elevação da frequência cardíaca e da HAS. Em geral, a prevalência de HAS e de DM em indivíduos com pouca escolaridade ocorre da menor adesão ao tratamento, porque muitas vezes não compreendem as informações relativas à necessidade de um tratamento prolongado. Além disso, só comparecem às unidades básicas de saúde quando surgem os agravos relacionados às patologias (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). Verifica-se também pouco apoio dos familiares em orientações básicas como os horários de ingestão dos medicamentos, consumo alimentar adequado, bem como sobre o cuidado com a sua saúde em geral, fatores que dificultam ainda mais a sequência dos tratamentos (ALVES; CALIXTO, 2012).

Na Tabela 2, pode-se verificar a prevalência das variáveis que apresentaram associação significativa na Tabela 1 analisadas de forma agrupada.

Tabela 2. Prevalência das variáveis significativas, reagrupadas por patologias, de indivíduos participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015

Variáveis	HAS+DM n=56 n (%)	HAS ou DM n=149 n (%)	p	DM n=13 n (%)	HAS e HAS+DM n=192 n (%)	p	HAS n=136	DM e HAS+DM n=69 n (%)	p
<i>Idade</i>									
≥ 65 anos	28 (50,0)	83 (55,7)	0,465 ¹	11 (84,6)	100 (52,1)	0,023 ²	72 (52,9)	39 (56,5)	0,627 ¹
< 65 anos	28 (50,0)	66 (44,3)		02 (15,4)	92 (47,9)		64 (47,1)	30 (43,5)	
<i>Alfabetizado</i>									
Não	10 (17,9)	08 (5,4)	0,005 ²	0 (0,0)	18 (9,4)	0,248 ²	08 (5,9)	10 (14,5)	0,040 ²
Sim	46 (82,1)	141 (94,6)		13 (100,0)	174 (90,6)		128 (94,1)	59 (85,5)	

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; ¹Teste de Qui-quadrado e ²Teste exato de Fisher.

Os indivíduos com ≥ 65 anos apresentam maior prevalência ($p < 0,05$) de DM de forma isolada quando comparados àqueles com < 65 anos, corroborando os resultados de Mendes *et al.* (2011), que avaliaram a prevalência de DM em indivíduos com ≥ 60 anos residentes em São Paulo, SP. A alta ocorrência de DM entre idosos está relacionada à diversos fatores influenciados pela idade tais como: alterações no metabolismo dos carboidratos; menor liberação de insulina induzida pela glicose; e resistência à insulina (OLIVEIRA; MILECH, 2006).

Os participantes não alfabetizados têm maior prevalência de HAS, tanto isolada ($p = 0,040$) quanto associada ao DM ($p = 0,005$). Resultados similares foram encontrados por Nascimento *et al.* (2012), que estudaram a prevalência de fatores de risco cardiovasculares em usuários do Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde de Criciúma, SC. Segundo Castro e Car (1999), os indivíduos com escolaridade mais baixa têm maior risco de desenvolver HAS e

DM do que aqueles com nível de escolaridade superior. Esses resultados podem ser explicados, porque as pessoas não alfabetizadas apresentam maior dificuldade de compreensão das informações e adesão ao tratamento, o que dificulta o controle das doenças (REZENDE, 2011). Além disso, patologias não tratadas de forma adequada, como a HAS e o DM, podem evoluir para uma associação entre as duas doenças, além de potencializar a ocorrência de problemas renais, cardiovasculares e obesidade (RUFINO *et al.*, 2012).

Na Tabela 3, está descrita a razão de chances das variáveis avaliadas, estratificadas conforme o tipo de patologia.

Tabela 3. Razão de chances (*Odds Ratio* bruto) para as variáveis que apresentaram significância estatística, conforme estratificação por patologia de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015

Variáveis	HAS n=136 n (%)	DM e HAS+DM n=69 n (%)	OR (IC 95%)	p
<i>Raça</i>				
Branca	103 (75,7)	44 (63,8)	1	
Negra	11 (8,1)	04 (5,8)	0 (0,0-0,0)	0,590
Parda	20 (14,7)	21 (30,4)	1,0 (0,0-0,0)	0,048
Amarela	01 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0-0,0)	1,000
Indígena	01 (0,7)	0 (0,0)	1,0 (0,0-0,0)	1,000

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; OR: *odds ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Teste de Wald.

Os indivíduos de raça parda apresentaram maiores chances (OR=1) de ter DM de forma isolada e HAS+DM, quando comparados àqueles de outras raças. Resultados similares foram encontrados por Brancati *et al.* (2000), avaliando quatro comunidades americanas (Washington, Forsyth, Jackson e Minneapolis), sendo que os indivíduos afro-americanos tiveram uma maior prevalência de DM (OR=2,4 nas mulheres e OR=1,5 nos homens, $p<0,001$) comparados aos indivíduos brancos.

Barroso *et al.* (2003), Stumvoll (2004) e Brito *et al.* (2011) descrevem alguns dos fatores que podem aumentar a susceptibilidade para o desenvolvimento de DM tipo 2; dentre eles, o cruzamento de grupos étnicos, a exposição ambiental e os fatores culturais. Além disso, Barroso *et al.* (2003) e Stumvoll (2004) destacam os principais genes que são mais susceptíveis a provocarem DM tipo 2: PPAR γ (*Peroxisome proliferator-activated receptor- γ*);

ABCC8 (*ATP binding cassette, subfamily C, member 8*); KCNJ11 (*Potassium Voltage-Gated Channel Subfamily J Member 11*); e CAPN10 (*calpain 10*). Esses genes estão envolvidos na função pancreática de células beta, na ação da insulina, metabolismo da glicose e outras condições metabólicas, fato que aumenta mais o risco de DM tipo 2 nas populações pardas do que nas caucasianas.

Considerando os fatores supracitados, o cruzamento de grupos étnicos com fenótipos derivados da miscigenação entre negros e brancos pode ser uma explicação para que os indivíduos pardos tenham maiores chances de apresentarem DM isolado e HAS+DM conjuntos, quando comparados aos das demais raças. Além disso, fatores ambientais como alguns vírus ou uma menor resposta imune ao fator ambiental podem desencadear DM em indivíduos geneticamente mais suscetíveis. Isso, porque as infecções virais possuem tropismo pelas células beta do pâncreas (SMELTZER; BARE, 2002), fato que pode desencadear uma menor produção de insulina, levando ao DM (LERARIO, 2005).

Destaca-se que a possibilidade de associação das patologias HAS e DM tipo 2 é em torno de 50%, porque ambas apresentam características de resistência à insulina, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial (CERSOSIMO; DEFRONZO, 2006). Com isso, há uma potencialização dos danos micro e macrovasculares decorrente das doenças, acarretando alta morbidade cardiocerebrovascular (SANTOS; MOREIRA, 2012). Além do mais, tanto a HAS como o DM apresentam diversos aspectos em comum, como já citado anteriormente (BRANDÃO *et al.*, 2010; SANTOS; MOREIRA, 2012).

Não houve significância de razão de chances ($p>0,05$) para as demais variáveis avaliadas, considerando-se as patologias estratificadas de forma isolada ou associadas.

Na Tabela 4, está descrita a associação entre o sexo e as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e características de saúde de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR. Já, na Tabela 5, está descrita a razão de chances das variáveis avaliadas estratificadas, conforme o tipo de patologia e sexo da mesma população.

Tabela 4. Associação entre sexo e variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e autoavaliação de saúde de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015

Variáveis	HAS n=136		p	DM n=13		p	HAS+DM n=56		p
	Mulheres n=98 n (%)	Homens n=38 n (%)		Mulheres n=11 n (%)	Homens n=2 n (%)		Mulheres n=46 n (%)	Homens n=10 n (%)	
<i>Características sociodemográficas</i>									
<i>Idade</i>									
≥ 65 anos	59 (60,2)	13 (34,2)	0,006 ¹	09 (81,8)	02 (100,0)	0,512 ²	23 (50,0)	05 (50,0)	1,000 ¹
< 65 anos	39 (39,8)	25 (65,8)		02 (18,2)	0 (0,0)		23 (50,0)	05 (50,0)	
<i>Raça</i>									
Branca	74 (75,5)	29 (76,3)	0,545 ²	08 (72,7)	02 (100,0)	0,800 ²	27 (58,7)	07 (70,0)	0,589 ²
Negra	06 (6,1)	05 (13,2)		0 (0,0)	0 (0,0)		04 (8,7)	0 (0,0)	
Parda	16 (16,3)	04 (10,5)		03 (27,3)	0 (0,0)		15 (32,6)	03 (30,0)	
Amarela	01 (1,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Indígena	01 (1,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Estado Civil</i>									
Solteiro (a)	06 (6,1)	05 (13,2)	0,119 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	0,431 ²	03 (6,5)	02 (20,0)	0,195 ¹
Casado (a)	44 (44,9)	23 (60,5)		04 (36,4)	02 (100,0)		24 (52,2)	06 (60,0)	
Viúvo (a)	31 (31,6)	08 (21,1)		04 (36,4)	0 (0,0)		16 (34,8)	02 (20,0)	
Divorciado (a)/Desquitado (a)	12 (12,2)	02 (5,3)		02 (18,2)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Separado (a)	05 (5,1)	0 (0,0)		01 (9,1)	0 (0,0)		03 (6,5)	0 (0,0)	
<i>Alfabetizado</i>									
Não	04 (4,1)	04 (10,5)	0,152 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	-	10 (21,7)	0 (0,0)	0,104 ²
Sim	94 (95,9)	34 (89,5)		11 (100,0)	02 (100,0)		36 (78,3)	10 (100,0)	
<i>Anos de escolaridade</i>									
0	05 (5,1)	06 (15,8)	0,500 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	0,478 ²	13 (28,3)	01 (10,0)	0,602 ²
1-4	52 (53,1)	24 (63,2)		06 (54,5)	02 (100,0)		21 (45,7)	05 (50,0)	
4-8	33 (33,7)	07 (18,4)		03 (27,3)	0 (0,0)		10 (21,7)	03 (30,0)	
> 8	08 (8,2)	01 (2,6)		02 (18,2)	0 (0,0)		02 (4,3)	01 (10,0)	
<i>Números de filhos</i>									
0-1	12 (12,2)	06 (15,8)	0,849 ²	01 (9,1)	01 (50,0)	0,070 ²	06 (13,0)	01 (10,0)	0,400 ²
2-4	55 (56,1)	21 (55,3)		08 (1,8)	0 (0,0)		17 (37,0)	06 (60,0)	
> 4	31 (31,6)	11 (28,9)		01 (9,1)	01 (50,0)		23 (50,0)	03 (30,0)	

Tabela 4. Continuação...

Variáveis	HAS n=136		p	DM n=13		p	HAS+DM n=56		p
	Mulheres n=98 n (%)	Homens n=38 n (%)		Mulheres n=11 n (%)	Homens n=2 n (%)		Mulheres n=46 n (%)	Homens n=10 n (%)	
<i>Religião</i>									
Católica	83 (84,7)	34 (89,5)	0,657 ²	10 (90)	02 (100,0)	0,657 ²	40 (87,0)	10 (100,0)	0,482 ²
Evangélica	13 (13,3)	03 (7,9)		01 (9,1)	0 (0,0)		04 (8,7)	0 (0,0)	
Outros ^a	02 (2,0)	01 (2,6)		0 (0,0)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	
<i>Com quem reside?</i>									
Sozinho (a)	20 (20,4)	07 (18,4)	0,132 ²	03 (27,3)	0 (0,0)	0,548 ²	08 (17,4)	01 (10,0)	0,425 ²
Cônjuge e filhos	17 (17,3)	12 (31,6)		03 (27,3)	01 (50,0)		12 (26,1)	02 (20,0)	
Cônjuge, filhos, genro ou nora	08 (8,2)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Companheiro (a)	24 (24,5)	13 (34,2)		02 (18,2)	01 (50,0)		12 (26,1)	06 (60,0)	
Filhos (as)	18 (18,4)	03 (7,9)		03 (27,3)	0 (0,0)		08 (17,4)	01 (10,0)	
Netos (as)	03 (3,1)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	
Outros ^b	08 (8,2)	03 (7,9)		0 (0,0)	0 (0,0)		04 (8,7)	0 (0,0)	
<i>Tipo de moradia</i>									
Própria – quitada	88 (89,8)	31 (81,6)	0,021 ²	10 (90,9)	02 (100,0)	0,657 ²	43 (93,5)	10 (100,0)	0,709 ²
Própria – financiada	02 (2,0)	04 (10,5)		01 (9,1)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	
Aluguel	04 (4,1)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		01 (2,2)	0 (0,0)	
Cedida - sem aluguel	04 (4,1)	01 (2,6)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Outros ^c	0 (0,0)	02 (5,3)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Zona da residência</i>									
Rural	05 (5,1)	08 (21,1)	0,050 ¹	01 (9,1)	01 (50,0)	0,140 ²	01 (2,2)	02 (20,0)	0,023 ²
Urbana	93 (94,9)	30 (78,9)		10 (90,9)	01 (50,0)		45 (97,8)	08 (80,0)	
<i>Características Socioeconômicas^d</i>									
<i>Renda mensal – Salários mínimos</i>									
0 – 2 (≤ R\$ 1.576)	87 (88,8)	34 (89,5)	0,822 ²	09 (81,8)	02 (100,0)	0,412 ²	39 (84,8)	10 (100,0)	0,519 ²
2 – 4 (R\$ 1.576,01 – 3.152)	10 (10,2)	04 (10,5)		02 (18,2)	0 (0,0)		06 (13,0)	0 (0,0)	
4 – 10 (R\$ 3.152,01 – 7.880)	01 (1,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		01 (2,2)	0 (0,0)	
<i>Tipo de renda</i>									
Sem renda	02 (2,0)	01 (2,6)	0,031 ²	02 (18,2)	0 (0,0)	0,462 ²	03 (6,5)	0 (0,0)	0,178 ²
Aposentadoria	53 (54,1)	33 (86,8)		06 (54,5)	01 (50,0)		20 (43,5)	0 (0,0)	
Pensão	18 (18,4)	01 (2,6)		02 (18,2)	0 (0,0)		11 (23,9)	0 (0,0)	
Aluguel	02 (2,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Trabalho informal	14 (14,3)	02 (5,3)		01 (9,1)	01 (50,0)		08 (17,4)	01 (10,0)	
Doações	01 (1,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	
Outros ^c	08 (8,2)	01 (2,6)		0 (0,0)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	

Tabela 4. Continuação...

Variáveis	HAS n=136		p	DM n=13		p	HAS+DM n=56		p
	Mulheres n=98	Homens n=38		Mulheres n=11	Homens n=2		Mulheres n=46	Homens n=10	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
<i>Segunda renda</i>									
Não possui	84 (85,7)	34 (89,5)	0,838 ²	09 (81,8)	02 (100,0)	0,807 ²	41 (89,1)	10 (100,0)	0,755 ²
Pensão	10 (10,2)	03 (7,9)		01 (9,1)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	
Aluguel	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		01 (2,2)	0 (0,0)	
Trabalho informal	04 (4,1)	01 (2,6)		01 (9,1)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (0,0)	
<i>Autoavaliação de saúde</i>									
Excelente	02 (2,0)	0 (0,0)	0,456 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	0,305 ²	0 (0,0)	01 (10,0)	0,207 ²
Muito boa	08 (8,2)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		01 (2,2)	01 (10,0)	
Boa	27 (27,6)	13 (34,2)		04 (36,4)	0 (0,0)		14 (30,4)	02 (20,0)	
Razoável	55 (56,1)	22 (57,9)		07 (63,6)	02 (100,0)		27 (58,7)	06 (60,0)	
Ruim	03 (3,1)	02 (5,3)		0 (0,0)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (100)	
Péssima	03 (3,1)	01 (2,6)		0 (0,0)	0 (0,0)		02 (4,3)	0 (100)	

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; ^aOutros: Testemunha de Jeová, Ucrâniana Greco-Católica; ^bOutros: Neto e filho, marido e neta; pai, mãe, sobrinho, companheiro filho e neto, marido e sogros; ^cOutros: Casa do filho (a); ^dRenda Mensal: Composição de toda renda (renda principal + segunda renda); ^eOutros: Benefício de Prestação Continuada (BPC); Auxílio Doença; Bolsa Família; ¹Teste de Qui-quadrado e ²Teste exato de Fisher.

Tabela 5. Razão de chances (*Odds Ratio* bruto) para as variáveis que apresentaram significância estatística, conforme estratificação por sexo e patologia de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR, 2015

Variáveis	Mulheres n=98 n (%)	HAS n=136		OR (IC95%)	p
		Homens n=38 n (%)			
Características sociodemográficas					
<i>Idade</i>					
≥ 65 anos	59 (60,2)	13 (34,2)	1		
< 65 anos	39 (39,8)	25 (65,8)	5,6 (1,0-32,0)		0,049
<i>Zona da residência</i>					
Rural	05 (5,1)	08 (21,1)	1		
Urbana	93 (94,9)	30 (78,9)	0,05 (0,04-0,5)		0,016

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; OR: odds ratio; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; p: teste de Wald.

As mulheres com ≥ 65 anos (OR=5,6, IC=1,0-32,0) e que têm moradia própria quitada apresentam maior prevalência de HAS ($p \leq 0,05$). Resultados semelhantes foram encontrados por Silva *et al.* (2012), avaliando mulheres adultas e idosas em municípios do estado de São Paulo. Os autores constaram que as mulheres com ≥ 65 anos e aquelas que têm moradia própria quitada apresentam maiores chances de terem HAS (OR= 8,8, IC=1,4-55,6 e OR 5,3, IC=1,6-16,9, respectivamente).

As mulheres mais idosas, principalmente na menopausa, têm maiores chances de ter HAS porque, em geral, perdem a proteção cardiovascular do hormônio estrogênio, que se apresenta diminuído nessa fase (DANNENBERG *et al.*, 1988; MIKKOLA; CLARKSON, 2002). Em mulheres férteis, o estrogênio é acoplado a um receptor específico formando um complexo estrogênio-receptor, o qual influencia em diversos sistemas de regulação cardiovascular, como a função endotelial e a atividade nervosa simpática (ASHRAF, 2006). Esse efeito aumenta o tônus muscular, agindo diretamente na função contrátil vascular, contribuindo para a vasodilatação e, com isso, reduzindo a pressão arterial (KARAS *et al.* 1994). Contudo, na menopausa, ocorre um incremento da disfunção endotelial e diminuição da vasodilatação endotélio-dependente, causado pela deficiência de estrogênio (DUBEY *et al.*, 1999), que desencadeia a elevação do estresse oxidativo, distúrbios na excreção de sódio e, possivelmente, a HAS (HARRISON *et al.*, 2003). Além disso, a ativação de mecanismos pró-inflamatórios e alterações na atividade fibrinolítica parecem ter um importante papel na

patogênese da doença cardiovascular, que se acentua após a menopausa (PRIPP *et al.*, 2005). Esses fatores demonstram que a ação biológica do estrogênio é de suma importância para o controle da HAS.

Em geral, as pessoas com moradia própria apresentam maiores recursos financeiros e, com isso, possuem maior acesso a alimentos industrializados e com elevados teores em sal, o que pode colaborar para aumentar a chance de HAS (MOLINA *et al.*, 2003; NAKASATO, 2004). Esse efeito foi comprovado por Buzzo *et al.* (2015), que estudaram o teor de sódio consumido em diferentes tipos de alimentos industrializados pela população brasileira, como salgadinho à base de milho, biscoito, hambúrguer, salsicha e macarrão instantâneo. Na pesquisa, os autores constataram que consumidores que têm maior poder aquisitivo tendem a ingerir mais sódio e a incluírem em suas dietas menor proporção de alimentos não processados.

Sabe-se que uma alimentação com elevado teor em sódio é um dos principais fatores que aumentam o risco do aparecimento de HAS. Isso, porque uma das funções do sódio no organismo é controlar o volume do fluido extracelular e do plasma (GUYTON; HALL, 2011). Contudo, quando a ingestão de sódio excede as necessidades, mecanismos de controle funcionam para normalizar o conteúdo de sódio nos fluidos corporais. Apesar de existir esse processo, calcula-se que existe um limite corporal para a eliminação de sódio, o que eleva a concentração do mineral no organismo. Com isso, verifica-se um aumento na retenção de água, da volemia e da pressão arterial, o que pode aumentar o risco de HAS (VIEGAS, 2008).

As mulheres que residem na zona rural tiveram menor prevalência de HAS (OR=0,05, IC=0,04-0,5) e de HAS+DM ($p \leq 0,05$), quando comparadas àquelas residentes na zona urbana. Resultados similares foram descritos por Barros *et al.* (2006), analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 2003. Segundo os autores, as mulheres pertencentes à zona urbana buscam com maior frequência os serviços de saúde, do que aquelas que vivem na zona rural, o que aumenta a chance do diagnóstico e notificações. Além disso, em geral, as mulheres da zona rural alimentam-se melhor, pois consomem mais frutas e hortaliças, as quais contêm menores quantidades de gordura saturada e colesterol, o que contribui para reduzir o risco do desenvolvimento de HAS (SBC, 2010).

Destaca-se que as mulheres moradoras na zona rural também praticam mais atividade física, já que trabalham de forma habitual no cultivo de lavouras e na agricultura, o que parece

contribuir para a diminuição do sedentarismo (PINTO *et al.*, 2014). Além disso, sabe-se que a prática de atividade física constante pode diminuir as chances do desenvolvimento de DCNT como a HAS (SBC, 2010). Esses efeitos podem explicar em parte os resultados obtidos da presente pesquisa.

As mulheres que não possuem renda apresentaram menor prevalência de HAS ($p \leq 0,05$) que aquelas que têm algum tipo de renda. Resultados que corroboram os resultados obtidos por Feijão *et al.* (2006), analisando adultos de ambos os sexos residentes na cidade de Caucaia, CE. De forma similar, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF de 2008-2009 (IBGE, 2011) demonstraram que as pessoas com menor renda, geralmente, compram menos alimentos. Além disso, apresentam uma alimentação mais básica, formada por alimentos como arroz e feijão, que apresentam um melhor perfil nutricional. Também, foi observado que, à medida que se aumenta a renda familiar, maior é consumo de alimentos ultraprocessados com elevados teores de sódio e gorduras *trans* como, por exemplo, as pizzas, carnes, salgadinhos, biscoitos recheados e refrigerantes (IBGE, 2011), os quais podem colaborar para aumentar o risco de HAS (SILVA *et al.*, 2014b).

Não houve associação significativa ($p > 0,05$) entre as demais variáveis avaliadas, considerando-se a estratificação por patologia e sexo.

As médias dos escores por domínio e da qualidade de vida dos participantes da pesquisa encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6. Escores médios dos domínios e da qualidade de vida dos indivíduos participantes de grupos de convivência, estratificados por patologia, Guarapuava, PR, 2015

	HAS n=136 Média±DP	DM n=13 Média±DP	HAS+DM n=56 Média±DP	Total** n=205 Média±DP	p
<i>Domínios</i>					
Físico	58,6±10,1	61,5±11,8	57,3±9,4	58,5±10,1	0,380
Psicológico	69,9±15,5	73,7±15,0	70,3±11,0	70,3±14,3	0,659
Relações sociais	68,6±17,4	71,8±11,6	69,3±15,6	69,0±16,6	0,787
Meio ambiente	62,5±13,6	61,1±13,4	61,9±12,0	62,3±13,1	0,911
<i>Qualidade de Vida</i>	64,9±10,8	67,0±9,7	64,7±7,4	65,0±9,9	0,741

**Total de participantes com Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e HAS+DM; Teste ANOVA One-Way; DP: Desvio padrão da média.

Não houve diferença estatística ($p > 0,05$) entre os pacientes com HAS e/ou DM para todos os domínios avaliados e para a qualidade de vida. Apesar disso, os domínios Psicológico e Social tiveram as maiores médias quando comparados aos demais. Resultados similares foram observados por Stival *et al.* (2014), que avaliaram idosos participantes de grupos de convivência de uma unidade de saúde de Ceilândia, DF. Contudo, os autores relataram maiores escores no domínio social (80,91), seguido pelo psicológico (78,73).

O domínio psicológico compreende questões relacionadas a sentimentos positivos, concentração, autoestima, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais (FLECK *et al.*, 2006). Nesse contexto, a prática de atividade física pode auxiliar na melhoria da estabilidade emocional, em uma imagem corporal positiva, no aumento da positividade e autocontrole psicológico. Além disso, pode melhorar o humor, interação social positiva, diminuição da insônia e da tensão e no bem-estar mental (MATTOS *et al.* 2004). Considerando esse aspecto, deve-se enfatizar que os indivíduos participantes dos grupos de convivência avaliados nesta pesquisa são incentivados constantemente à realização de atividades físicas durante as ações aplicadas pela equipe de saúde, fato que colabora para aumentar as médias do domínio psicológico.

O domínio social aborda aspectos relacionados às relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual (FLECK *et al.*, 2006). Segundo Tavares *et al.* (2012), a participação dos indivíduos em atividades coletivas, como é o caso dos grupos de educação em saúde, pode contribuir para a maior satisfação com suas relações sociais. Além disso, as pessoas que frequentam grupos de convivência são incentivadas à socialização, ao lazer e à promoção da saúde. Isso, contribui significativamente para uma melhor percepção da qualidade de vida (BELTRAME, 2008), justificando os escores mais elevados para o domínio social, comparado ao domínio físico e de meio ambiente. Destaca-se, ainda, que o apoio familiar no tratamento das doenças crônicas é fundamental, considerando que, muitas vezes, os conviventes de portadores de DCNT também precisam adotar novos hábitos de vida, fato que poderá colaborar para o controle da(s) patologia(s) (ALVES; CALIXTO, 2012).

Os domínios físico e de meio ambiente foram aqueles que apresentaram os escores mais baixos para qualidade de vida, com destaque para o domínio físico, que teve as menores avaliações, em geral. Esses resultados corroboram as avaliações de Dahmer *et al.* (2015), estudando a qualidade de vida de indivíduos hipertensos e diabéticos que participavam de um programa de educação em saúde em Santo Ângelo, RS.

O domínio físico avalia questões como dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou tratamentos e capacidade de trabalho (FLECK *et al.*, 2006). Na maioria das vezes, todos esses fatores afetam de forma direta os portadores de DCNT, pois necessitam adotar novos hábitos de vida para que obtenham algum sucesso no tratamento (DAHMER *et al.*, 2015). Com isso, é imprescindível uma adaptação às novas mudanças, ajustando-se às limitações e obrigações das condutas impostas pelas patologias (RESENDE, 1998). Também, algumas complicações crônicas do diabetes, como, por exemplo, o pé diabético, podem limitar as atividades diárias dos pacientes (ADA, 2011), fato que pode explicar uma compreensão negativa do indivíduo para o domínio físico.

O domínio referente ao meio ambiente revela aspectos relacionados ao ambiente em que a pessoa vive, integrando desde aspectos físicos até oportunidades de lazer, situação financeira e condições de transporte (FLECK *et al.*, 2006). Geralmente, menores escores no domínio de meio ambiente são observados em pessoas com baixa classe econômica, baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia e desemprego (AZEVEDO *et al.*, 2013). Esses fatores influenciam diretamente no bem estar geral, principalmente para aqueles indivíduos que apresentam alguma patologia, já que necessitam aumentar seus gastos com o tratamento. Isso reduz, substancialmente, os recursos financeiros para outras atividades relacionadas também ao meio ambiente.

Cabe enfatizar que a percepção sobre qualidade de vida é muito subjetiva e relaciona-se à promoção do bem-estar, além da presença de sentimentos positivos do indivíduo sobre a sua saúde (FLECK *et al.*, 2006; OMS, 2006). Apesar disso, o presente estudo demonstra a relevância de pesquisas contínuas sobre a autoavaliação da qualidade de vida em pacientes com HAS e/ou DM. Isso, porque a descoberta e, posteriormente, o tratamento de DCNT podem afetar de uma forma complexa a qualidade de vida desses indivíduos (DAHMER *et al.*, 2015).

Segundo Hoehle e Venkatesh (2015) e Silva *et al.* (2014a), o valor de 60 pode ser considerado como um ponto de corte para avaliação da percepção de uma boa qualidade de vida e satisfação com a saúde. Diante disso, verifica-se, na presente pesquisa, que apenas o Domínio Físico está classificado com um escore médio inferior (< 60) para a qualidade de vida entre os pacientes com HAS e HAS+DM.

Diante dos resultados observados nesta pesquisa, torna-se necessário avaliações mais frequentes sobre a qualidade de vida de indivíduos participantes de grupos de convivência, já

que demonstraram uma variação em relação à satisfação com sua saúde. Além disso, ações multi e interdisciplinares, tais como palestras, reuniões, atividades educativas em grupo, estudo de casos clínicos, promoção social, atividades físicas em grupo e educação continuada nas diversas áreas da saúde, podem auxiliar na compreensão sobre os aspectos gerais da qualidade de vida da população (PEDUZZI, 2001). Também, destaca-se que seguir uma alimentação saudável, juntamente com exercício físico regular pode auxiliar para a redução da pressão arterial, além de outros benefícios como: diminuição do peso corporal, ação coadjuvante no tratamento de dislipidemias e resistência à insulina, além de melhorar a qualidade de vida (DICKINSON *et al.*, 2006; BRANDÃO *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

Verifica-se uma maior predominância de indivíduos com HAS isolada nos grupos de convivência de Guarapuava, PR, em relação àqueles com DM isolado e HAS+DM. Além disso, a maioria deles são casados, do sexo feminino, da raça branca, da religião católica, possuem baixa escolaridade, elevado número de filhos, moram em residência própria e na zona urbana e apresentam renda mensal baixa.

Houve associação apenas para as variáveis idade e alfabetização. Nesse aspecto, os indivíduos com idade ≥ 65 anos têm menor prevalência de HAS isolada e HAS+DM associadas, enquanto as pessoas não alfabetizadas apresentam maior ocorrência dessas patologias.

A raça parda oferece maiores chances para o desenvolvimento de DM isolado e HAS+DM, quando comparada a outras raças. Além disso, as mulheres com ≥ 65 anos e que têm moradia própria quitada apresentam maiores chances de desenvolver HAS isolada. Contrariamente, aquelas residentes na zona rural têm menores chances para o aparecimento de HAS e HAS+DM comparadas àquelas residentes na zona urbana. Uma renda econômica menor também influencia para reduzir a prevalência de HAS ($p \leq 0,05$) entre as mulheres.

A maioria dos indivíduos avaliados se classificam com uma boa qualidade de vida, principalmente para o domínio psicológico, enquanto no domínio físico compreendem ter uma qualidade de vida inferior. Diante disso, conclui-se que os fatores socioeconômicos, sociodemográficos e de qualidade de vida interferem diretamente no cotidiano de indivíduos portadores de HAS e/ou DM participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.S.C.; NASCIMENTO, B.; GRACIA, D.F.K.; PERNA, P.O.; SILVA, M.J.S. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a participação da prescrição pictográfica. **Trabalhos de Educação e Saúde**, v.14, n.2, p.611-624, 2016.

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.

ALVES, B.A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.30, n.3, p.255-260, 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standard of Medical Care in Diabetes – 2011 (Position Statement). **Diabetes Care**, v.34, n.1, p.62-69, 2011.

ARAUJO, L.M.B.; BRITO, M.M.S.; CRUZ, T.R.P. Tratamento do Diabete Mellitus do Tipo 2 Novas opções. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.44, n.6, p.509-518, 2000.

ASHRAF, M.S.; VONGPATANASIN, W. Estrogen and hyper tension. **Current Hypertension Reports**, v.8, n.3, p.368–376, 2006.

AZEVEDO, A.L.S.; SILVA, R.A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L.A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1774-1782, 2013.

BARBOSA, A.P.; TEIXEIRA, T.G.; ORLANDI, B.; OLIVEIRA, N.T.B.; CONCONE, M.H.V.B. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.4, p.743-754, 2015.

BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; TORRE, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.911-926, 2006.

BARROSO, I.; LUAN, J.; MIDDELBERG, R.P.S. Candidate gene association study in type 2 diabetes indicates a role for genes involved in B-Cell function as well as insulin action. **Plos Biology**, v.1, n.1, p.41-55, 2003.

BELTRAME, V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos**. 2008. 100p. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

BLAY, S.L.; MARCHESONI, M.S.M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-bref scores. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.4, p.677-686, 2011.

BOAROLLI, M.; FERREIRA, N.C.; BAVARESCO, D.V.; FELIPE, D.F.; AMBONI, G. Manifestações psiquiátricas e possíveis danos cognitivos em pacientes diabéticos tipo II, **Revista Iniciação Científica**, v.12, n.1, p.134-143, 2014.

BRANCATI, F.L.; KAO, W.H.; FOLSOM, A.R.; WATSON, R.L.; SZKLO, M. Incident type 2 diabetes mellitus in African American and white adults: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. **The Journal of the American Medical Association**, v.283, n.17, p.2253-2259, 2000.

BRANDÃO, A.; RODRIGUES, C.I.S.; CONSOLIM-COLOMBO, F.; PLAVNIK, F.L.; MALACHIAS, M.V.B. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.1, p.1-3, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros tem doença crônica**. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34861-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

BRITO, I.C.; LOPES, A.A.; ARAÚJO, L.M. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.45, n.5, p.475-480, 2011.

BUZZO, M.L.; CARVALHO, M.F.H.; ARAKAKI, E.K.; MATSUZAKI, R.; GRANATO, D.; KIRA, C.S. Elevados teores de sódio em alimentos industrializados consumidos pela população brasileira. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v.73, n.1, p.32-39, 2015.

CAMPOS, K.E.; SINZATO, Y.K.; DAMASCENO, D.C.; RUDGE, M.V.C. Obesidade e resistência à insulina. **FEMINA**, v.34, n.9, p. 591-595, 2006.

CARVALHO, C.G. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo Hiperdia. **E-Scientia**, v.5, n.1, p.39-46, 2012.

CARVALHO, M.H.C.; COLAÇO, A.L.; FORTES, Z.B. Citocinas, disfunção endotelial e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Geriatria e Gerontologia**, v.50, n.2, p.304-312, 2006.

CASTRO, V.; CAR, R. Dificuldades e facilidades dos doentes no segmento do tratamento da hipertensão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.33, n.3, p.145-153, 1999.

CENATTI, J.L.; LENTSCK, M.H.; PREZOTTO, K.H.; PILGER, C. Caracterização dos usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.2, n.1, p.21-31, 2013.

CERSOSIMO, E.; DEFRONZO, R.A. Insulin resistance and endothelial dysfunction: the road map to cardiovascular diseases. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v.22, n.6, p.423-36, 2006.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T.F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G.S.N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; FIGUEIREDO, W.S. O homem na atenção básica primária à saúde: (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.33, p.257-270, 2010.

CRUZ, L.N.; POLANCZYK, C.A.; CAMEY, S.A.; HOFFMANN, J.F.; FLECK, M.P. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-BREF in a southern general population sample. **Quality of life Research**, v.20, n.117, p.1123-1129, 2011.

CUNHA, C.L.F. Hipertensão arterial em idosos atendidos em uma unidade ambulatorial. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.5, n.2, p.131-139, 2014.

DAHMER, L.; OLIVEIRA, T.B.; KEMPER, C.; SANT'ANA, A.P.; MELO, G.L.; AVILA, J.G. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. **Revista Contexto & Saúde**, v.15, n.28, p.41-49, 2015.

DANNENBERG, A.L.; GARRISON, R.J.; KANNEL, W.B. Incidence of hypertension in the Framingham Study. **American Journal of Public Health**, v.78, n.6, p.676-679, 1988.

DANTAS, A.O. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso**. 2011. 31p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

DELGADO, C.M.S.; SILVA, L.M.F. **Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Uma Revisão de Literatura**. 2011. 51p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Faculdade de São Miguel, Recife, 2011.

DICKINSON, H.O.; MASON, J. M.; NICOLSON, D.J.; CAMPBELL, L.F.; BEYER, F.R.; COOK, J.V.; WILLIAMS, B.; FORD, G.A. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Hypertension**, v.24, n.2, p.215-233, 2006.

DUBEY R.K.; GILLESPIE D.G.; IMTHURN B.; ROSSELLI M.; JACKSON E.K.; KELLER P.J. Phytoestrogens inhibit growth and MAP kinase activity in human aortic smooth muscle cells. **Hypertension**, v.33, n.2, p.177-182, 1999.

FARIA, A.N.; ZANELLA, M.T.; KOHLMAN, O.; RIBEIRO, A.B. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolgia**, v.46, n.2, p.137-142, 2002.

FEIJÃO, A.M.M.; GADELHA, F.V.; BEZERRA, A.A.; OLIVEIRA, A.M.; SILVA, M.S.S.; LIMA, J.W.O. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.84, n.1, p.29-33, 2006.

FERREIRA, M.L.L.; SOUZA, A.I.; FERREIRA, L.O.C.; MOURA, J.F.P.; COSTA JUNIOR, J.I. Qualidade de Vida relacionada a Saúde de idosos em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Gerontologia**, v.18, n.1, p.165-77, 2015.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FONSECA, E.A.I. **Influência da obesidade e da resistência à insulina sobre o desenvolvimento tumoral: efeito da metformina**. 2010. 45p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.1, p.105-111, 2007.

FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.1, p.7-19, 2012.

GIRARDI, C.E.; HECK, R.; BOBEK, M.L.; BENETTI, E.R.R.; STUMM, E.M.F.; COLET, C.F. Qualidade de vida de pessoas em grupos de convivência com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v.9, n.4, p.239-46, 2015.

GUYTON, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HARRISON, B.L.M.; SCHULMAN, I.H.; RAIJ, L. Postovariectomy hypertension is linked to increased renal $\alpha 1$ receptor and salt sensitivity. **Hypertension**, v.42, n.6, p.1157-1163, 2003.

HOEHLE, H.; VENKATESH, V. Mobile Application Usability: Conceptualization and instrument development. Department of Information Systems, Sam M. Walt on College of Business, University of Arkansas, Fayetteville, U.S.A, **MIS Quarterly**, v.39, n.2, p.435-472, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e os grupos de idade - Brasil - 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_brasil_zip.shtm> Acesso em: 19 jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 - 2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (IPARDES). **Caderno Estatístico - Município de Guarapuava**. 2016. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85000&btOk=ok>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

KARAS, R.H.; PATTERSON, B.L.; MENDELSON, M.E. Human vascular smooth muscle cells contain functional estrogen receptor. **Circulation**, v.89, n.1, p.1943-1950, 1994.

KURZ, M.L.B.; MORGAN, M.I.O. Promoção da participação e inclusão social da pessoa idosa através dos grupos de convivência. In: Congresso Internacional de Estudos do Envelhecimento Humano: Envelhecer na contemporaneidade, 3.; 2014 Passo Fundo. **Anais...**, Passo Fundo-RS: Universidade de Passo Fundo, 2014. p.66-68.

LERARIO, A.C. Como diagnosticar e tratar a Diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina - RBM**, v.62, n.12, p.60-71, 2005.

LIMA, V.P.; DUARTE, P.F.S. Prevalência de obesidade em idosos e sua relação com hipertensão e diabetes. **InterScientia**, v.1, n.3, p. 80- 92. 2013.

LISBOA, C.R.; CHIANCA, T.C.M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.3, p.482-487, 2012.

LUCENA, J.B.S. **Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2**. 2007. 74p. Monografia (Curso de Farmácia) - Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, 2007.

LYRA, R.; SILVA, R.S.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M.; MATOS, M.V.; CEZAR, N.J.B.; MAURICIO-DA-SILVA, L. Prevalência de Diabete Melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v.54, n.6, p.560-566, 2010.

MACHADO, D.P. **Projeto de intervenção para melhoria do controle dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica do programa de saúde da família Santa Helena I, contagem, MG**. 2014. 49p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MACHADO, M.C.; PIRES, C.G.S.; LOBAO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1357-1363, 2012.

MACHIN, R.; COUTO, M.T.; SILVA, G.S.; SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W.S.; VALENÇA, O.A.; PINHEIRO, T.F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4503-4512, 2011.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1383-1388, 2011.

MATTOS, A.S.; ANDRADE, A.; LUFT, C.D.B. **A contribuição da atividade física no tratamento da depressão**. Revista Digital - Buenos Aires - año 10 – n.79 - Diciembre de 2004. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd79/depres.htm>. Acesso em: 03 out. 2016

MENDES, T.A.B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N.J.; BARROS, M.B.A.; GALVÃO CESAR, C.L.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1233-1243, 2011.

MIKKOLA, T.S.; CLARKSON, T.B. Estrogen replacement therapy, atherosclerosis, and vascular function. **Cardiovascular Research**, v.53, n.3, p.605–619, 2002.

MOLINA, M.C.B.; CUNHA, R.S.; HERKENHOFF, L.F.; MILL, J.G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.6, p.743-750, 2003.

MOREIRA, T.M.M.; GOMES, E.B.; SANTOS, J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.4, p.662-669, 2010.

NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.11, n.2, p.95-97, 2004.

NASCIMENTO, J.S.; SARDINHA, A.H.L.; PEREIRA, A.N.S. Risco cardiovascular em mulheres negras portadoras de hipertensão arterial em uma comunidade de São Luís-MA. **Saúde Coletiva**, v.9, n.56, p.40-45, 2012.

NERI, A. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, M. **Novo mapa das religiões**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

OCA-RODRÍGUEZ, A.; NARANJO-HERRERA, Y.; MEDINA-GONZÁLEZ, G.; HERNÁNDEZ-MARTINÉZ, B.; JORGE-MOLINA, M. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. **Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna**, v.25, n.2, p.70-73, 2012.

OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

OLIVEIRA, J.G.D.; STOBAUS, C.D.; COSTA, J.M. Diferenças socioeconômicas e qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas/psicossociais. **Consciência e Saúde**, v.14, n.2, p.200-212, 2015.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O.; PIERIN, A.M.G. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.2, p.241-249, 2008.

OLIVEIRA, S.O. **Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados – MS**. 2010. 36p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Índice de Desenvolvimento Humano**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2006.

PAULA, P.A.B.; SOUZA, A.I.S.S.; VIEIRA, R.C.P.A.; ALVES, T.N.P. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, 2623-2633, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PELÁ, F.P. **Associação do poliformismo INS-VNTR com a susceptibilidade ao diabetes mellitus tipo 1, tipo 2 e gestacional na população urbana brasileira**. 2012. 115p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

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

PEREIRA, F.S.; GUSMÃO, B.M.; DIAS, O.V.; COSTA, S.M.; FERNANDES, M.B.S.; ROCHA, A.P.; MATOS, F.V. Diabetes Mellitus: Autopercepção de Saúde Geral e Internações Hospitalares. In: 8º Fórum de Ensino-Pesquisa-Extensão - FEPEG - Universidade: Saberes e Práticas Inovadoras. 1; 2014, Montes Claros. **Anais...**: Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, 2014. p.1-3.

PIERIN, A.M.G.; MARRONI, S.N.; TAVEIRA, L.A.F.; BENSENOR, I.J.M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1389-1400, 2011.

PILGER, C. **Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade enftretamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico**. 2015. 157p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PINTO, L.L.T.; ROCHA, S.V.; VIANA, H.P.S.; RODRIGUES, W.K.M.; VASCONCELOS, L.R.C. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.4, p.819-828, 2014.

PORTAL BRASIL. **Hipertensão atinge mais de 30 milhões de pessoas no País**. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoesdepessoasnopais>> Acesso em: 24 mar. 2016.

PRIPP, U.; ERIKSSON-BERG, M.; ORTH-GOMER, K.; SCHENCK-GUSTAFSSON, K.; LANDGREN, B.M. Does body mass index, smoking, lipoprotein levels, surgically induced menopause, hormone replacement therapy, years since menopause, or age affect hemostasis in postmenopausal women? **Gender Medicie**, v.2, n.2, p.88–95, 2005.

REGO, A.R.F. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabéticos**. 2011. 84p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

RESENDE, M.M.D.C. **Fatores que dificultam o controle da Hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual de King**. 1998. 117p. Dissertação (Mestrado e Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

REZENDE, A.M.B. **Ação educacional na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. 2011. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

RODRIGUES NETO, E.M.; MARQUES, L.A.R.V.; FERREIRA, M.A.D.; LOBO, P.L.D.; GIRÃO JUNIOR, F.J.; CAMARÃO, G.C.; MORAES, M.E.A. Metformina: Uma Revisão da Literatura. **Saúde e Pesquisa**, v.8, n.2, p.355-362, 2015.

RUFINO, D.B.R.; DRUMMOND, R.A.T.; MORAES, W.L.D. Adesão ao tratamento: estudo sobre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.30, n.4, p.336-342, 2012.

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A.; CRUZ, D.M.; HOLANDA, S.D.O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.14, n.3, p.332-340, 2005.

SERBIM, A.K.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Médica**, v.21, n.4, p.166-172. 2011.

SHAW, J.E.; SICREE, R.A.; ZIMMET, P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.87, n.1, p.4-14, 2010.

SILVA, A.P.; PUREZA, D.Y.; LANDRE, C.B. Síndrome de fragilidade em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.6, p.503-509, 2015.

SILVA, D.B.; SOUZA, T.A.; SANTOS, C.M.; JUCA, M.M.; MOREIRA, T.M.M.; FROTA, M.A.; VASCONCELOS, S.M.M. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v.24, n.1, p.16-23, 2011.

SILVA, L.B.E.; SILVA, S.S.B.E.; MARCILIO, A.G.; PIERIN, A.M.G. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.98, n.4, p.329-337, 2012.

SILVA, P.A.; SOARES, S.M.; SANTOS, J.F.; SILVA, L.B. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.3, p.390-397, 2014a.

SILVA, Y.M.S; RAMOS, R.J.; ACIOLY, P.L. Avaliação do consumo alimentar de um grupo de idosos hipertensos do bairro Bela Vista de São José/SC. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v.3, n.1, p. 64-76, 2014b.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: _____. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. v.95, n.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SOUSA, L.L. **Análise do perfil epidemiológico de idosos hipertensos cadastrados no programa hiperdia**. 2014. 64p. Dissertação (Mestrado em Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2014.

SOUZA, C.L. **Oportunidade Perdida de Diagnóstico Oportunista para Diabete Mellitus em Comunidade de Quilombolas de Vitória da Conquista – Bahia**. 2014. 128p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

STIVAL, M.M.; LIMA, L.R.; FUNGHETTO, S.S.; SILVA, A.O.; PINHO, D.L.M.; KARNIKOWSKI, M.G.O. Fatores associados à qualidade de vida. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v.17, n.2, p.395-405, 2014.

STUMVOLL, M. Control of glycaemia: from molecules to men. Minkowski Lecture 2003. **Diabetologia**, v.47, n.5, p.770-781, 2004.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A.; MUNARI, D.B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, p.601-606, 2012.

VIEGAS, C. Sal e doença cardiovascular. **Revista Factores de Risco**, v.1, n.10, p.12-18, 2008.

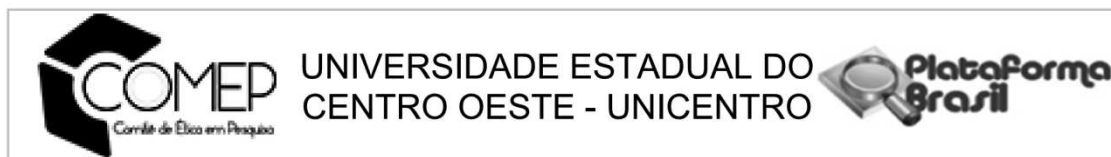
WAGNER, C; SOARES, M.P. **Plano de atividades práticas de formação profissional**. 2012. 22p. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

WEICHMANN, F.M.A.; COUTO, A.N.; AREOSA, S.V.C.; MONTANES, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Gerontologia**, v.16, n.4, p.821-832, 2013.

WEISSHEIMER, F.L. **Incidência de hipertensão arterial em uma capital brasileira: estudo de base populacional**. 2011. 116p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Cuiabá, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity. Presenting and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO, 1998.

Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Pesquisador: Audineia Martins Xavier

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39188214.7.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 896.277

Data da Relatoria: 01/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa sob responsabilidade da pesquisadora "Audineia Martins Xavier", vinculada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO, que visa analisar os aspectos da qualidade de vida de 200 indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

- Analisar os aspectos da qualidade de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, participantes de grupos de convivência de Guarapuava, PR.

Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas dos indivíduos frequentadores de grupos de convivência;
- Avaliar os aspectos da qualidade de vida dos indivíduos frequentadores de grupos de convivência;
- Promover orientações gerais de saúde aos frequentadores de grupos de convivência;

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 896.277

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora relata que “esta pesquisa apresenta riscos mínimos. Os participantes poderão estar expostos a constrangimento haja vista que será realizada entrevista em grupo. Contudo, durante a pesquisa, a todo momento, serão consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual desses. O pesquisador se responsabiliza por quaisquer problemas decorrentes desta pesquisa, mesmo os não previstos, bem como pela assistência imediata e gratuita.

Benefícios: a pesquisadora relata que “acredita que essa pesquisa traga um maior benefício para a qualidade de vida para estes grupos”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Carta de anuência: adequada, assinada e carimbada por Stefan Wolanski Negrão, secretário municipal de saúde de Guarapuava;
- 2) Folha de rosto: adequada, assinada e carimbada por Cristina Fujinaga, coordenadora do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO.
- 3) TCLE: adequado.

Recomendações:

Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012:

XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos requisitos éticos para pesquisas com seres humanos e tem vigência até 09/12/2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CENTRO OESTE - UNICENTRO



Continuação do Parecer: 896.277

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até 30 (trinta) dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê por meio de emenda.

GUARAPUAVA, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Tatiane Baratieri
(Coordenador)

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

Anexo II - Questionário WHOQOL- BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha da sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O que você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas?

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim	Boa	Muito Boa
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **a com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Fonte: Adaptado de Fleck (2000).

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa (AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA), sob a responsabilidade de pesquisadora Audinéia Martins Xavier, que irá investigar (A qualidade de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, participante de grupos de convivência de Guarapuava, PR) ao finalizar o estudo, os resultados poderão contribuir para o senhor (a) de maneira indireta, pois esta pesquisa poderá auxiliar na melhoria do atendimento de cuidado aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Se você deseja participar da pesquisa os procedimentos que serão nos grupos são: avaliações que incluem: entrevista e questionários sobre avaliações de aspecto físico, social e mental, sem haver custos para os participantes. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Serão realizados questionários e poderão trazer algum tipo de desconforto como constrangimento. A finalidade das avaliações e questionários são avaliar a qualidade de vida de grupos de hipertensos e diabéticos. Se você precisar de algum tratamento, orientação e encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Espera-se que esse estudo traga o conhecimento sobre as condições de qualidade de vida de grupos de hipertensos e diabéticos. Com isso pretende-se realizar orientações e apoio interdisciplinar aos grupos estudados.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Sr (a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por (entrevistas e questionários) serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas como: dados pessoais, avaliações físicas, sociais e avaliações mentais, ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos (questionários, entrevista) nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.
Nome do pesquisador responsável:

Endereço: Av das Dálias nº 200
Telefone para contato: 42 3621 3704
Horário de atendimento: 8:00 às 11:00 e 13:30 às 17:30

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o (a) Senhor (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o (a) Senhor (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.
E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

Apêndice II - Questionário Sociodemográfico, Socioeconômico e de Saúde

Data da entrevista:

Horário início entrevista: _____ Horário término entrevista: _____

1) Data de nascimento:

2) Sexo: (0) F (1) M

3) N° de filhos _____

4) Qual sua raça:

(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Sem declaração

5) Qual seu estado civil:

(1) Solteiro/a (2) Casado/a (3) Viúvo/a (4) Divorciado/a/Desquitado (5) Separado (a)

6) O Senhor (a) Sabe ler ou escrever? (0) Não (1) Sim

7) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____(99)NS/NR

(Se nenhum colocar "0")

8) Com quem o Senhor (a) reside:

(1) Sozinho/a

(5) Somente com Companheiro/a

(2) Conjugue e filho(s)

(6) Somente com os filhos

(3) Cônjuge, filhos, genro ou nora

(7) Somente com os netos

(4) Não familiares

(8) Outros, quem? _____

9) A casa onde mora é:

(1) Própria - quitada (2) Própria -paga prestação (3) Paga aluguel (4) Cedida -sem aluguel (5) Asilo (6) Casa de repouso (7) Outro tipo

10) Qual é a renda mensal em reais (salários mínimos): _____

Idoso: (0) Não tem (1) Tem: _____ em reais

11) Qual tipo de renda:

(1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Aluguel (4) Trabalho próprio (5) Doações (família, amigos instituições) (6) Outras _____

12) O Senhor (a) mora na zona urbana ou rural?

(1) Urbana (0) Rural

13) Qual sua religião/doutrina?

(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Budista (5) Muçulmano (6) Ateu

(7) Outro, qual _____

14) De um modo geral, como o Senhor (a) descreveria sua saúde?

(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Razoável (5) Ruim (6) Péssima

Fonte: Adaptado de Pilger (2015).