



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado**

**LÚCIA HELENA RACK DOS SANTOS**

**GRUPO EDUCATIVO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS  
E DIABÉTICOS**

**São José do Rio Preto**

**2016**

**LÚCIA HELENA RACK DOS SANTOS**

**GRUPO EDUCATIVO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS  
E DIABÉTICOS**

**Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Faculdade de  
Medicina de São José do Rio Preto  
para defesa de Mestrado.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos

Coorientadora: Profa. Dra. Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki

**São José do Rio Preto**

**2016**

Santos, Lúcia Helena Rack dos.

Grupo educativo e qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos/ Lúcia Helena Rack dos Santos.

São José do Rio Preto, 2016

p.73

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Eixo Temático: Enfermagem

Orientadora: Profa Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos

Coorientadora: Profa. Dra. Natália Sperli Geraldês Marin dos Santos Sasaki

1. Qualidade de vida. 2. Educação em saúde. 3. Diabetes Mellitus. 4. Promoção da saúde. 5. Hipertensão.

**LÚCIA HELENA RACK DOS SANTOS**

**GRUPO EDUCATIVO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS  
E DIABÉTICOS**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE**

Presidente Orientadora: Profa Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos

1º Examinador: Profa Dra. Lilian Cristina Barbosa

2º Examinador: Profa Dra. Denise Beretta

1º Suplente: Profa Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

2º Suplente: Profa Dra. Rita de Cássia Helu Ribeiro Mendonça

3º Suplente: Profa Dra. Cláudia Eli Gazzeta

São José do Rio Preto

2016

## SUMÁRIO

Agradecimentos.....	i
Lista de Figuras.....	ii
Lista de Tabelas e Quadros.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Resumen.....	vii
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>9</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>42</b>
<b>4. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por este momento de alegria e conquista.

Ao meu marido e filhos, por estarem ao meu lado em todos os momentos, pelo amor e compreensão.

A orientadora Maria de Lourdes, pela confiança, companheirismo e pelo aprendizado que levarei para minha vida, o seu exemplo de batalha, superação e vitória, agradeço também sua gentil família.

A coorientadora Natália pela colaboração e orientações.

A minha amiga Danielli por alimentar os meus sonhos com palavras de incentivo conforto.

Aos funcionários do CSE Estoril, pela colaboração essencial para o desenvolvimento do trabalho.

A acadêmica de enfermagem Marcela pela colaboração durante a coleta de dados.

Ao Professor Luciano Lourenção pela colaboração durante o processo.

Aos funcionários da Pós-Graduação pela colaboração.

## Lista de Figuras

Figura 1. Intervalos de confiança (IC 95%) de todos os domínios avaliados de acordo com a frequência dos indivíduos.....	<b>27</b>
--	-----------

### Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1- Distribuição de Diabéticos e Hipertensos na área de abrangência do CSE Estoril segundo cadastro no HIPERDIA, no ano de 2011.....	11
Tabela 2. Percentuais dos dados sócio demográficos dos indivíduos avaliados no estudo.....	21
Tabela 3. Percentuais dos dados referentes ao tempo de diagnóstico e estilo de vida dos indivíduos avaliados no estudo.....	22
Tabela 4. Estatísticas descritivas da idade e do número de pessoas residentes no mesmo domicílio dos indivíduos avaliados no estudo.....	23
Tabela 5. Coeficientes alfa de Cronbach para os domínios do instrumento WHOQOL-BREF para os indivíduos com frequência igual ou mais que 50%......	24
Tabela 6. Coeficientes alfa de Cronbach para os domínios do instrumento WHOQOL-BREF para os indivíduos com frequência mais que 50%......	25
Tabela 7. Estatísticas descritivas dos indivíduos em relação aos domínios avaliados.....	26
Tabela 8. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação ao tempo de diagnóstico de DCNT.....	29
Tabela 9. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à ocorrência de ingestão de bebidas alcoólicas.....	30
Tabela 10. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação ao hábito de fumar.....	32
Tabela 11. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à atividade física.....	33
Tabela 12. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à alimentação saudável.....	34
Quadro1: Distribuição das variáveis de caracterização amostral incluídas no estudo.....	14

## **Lista de Abreviaturas**

AB- Atenção Básica

CSE- Centro de Saúde Escola

DAB- Diretoria de Atenção Básica

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM- Diabetes Mellitus

EMPRO- Empresa Municipal de Processamento de Dados

Eo- Erro amostral

FAMERP- Faculdade Medicina de São José do Rio Preto

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA- Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial e ou Diabetes Mellitus atendidos na Rede Ambulatorial do SUS

IDM- Índice de Desenvolvimento Municipal

Md- Mediana

MMHG- Milímetros de Mercúrio

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PFJ- Pessoa Física ou Jurídica

Q- Questão

QV- Qualidade de Vida

SP- São Paulo

SISP- Sistema de Integrado de Saúde Pública

SUS- Sistema Único de Saúde

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life - Abreviado

## RESUMO

**Introdução:** Programas de suporte educacional podem ser efetivos no controle de Hipertensão Arterial e Diabetes. Promovem a mudança de atitudes, estimulando o autocuidado e minimizando a ação dos fatores de risco modificáveis, assim, contribuindo para melhorar a qualidade de vida e redução dos custos diretos e indiretos em saúde. **Objetivo:** Analisar e comparar a qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no HIPERDIA de um centro de saúde escola do interior paulista que participaram de grupos educativos. **Método:** Pesquisa descritiva tipo inquérito, com questionário estruturado para análise da qualidade de vida de 264 idosos, de ambos os sexos, portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no HIPERDIA, em 2011, que participaram de grupo educativo de 2012 a 2014. Um total de 85 indivíduos com menos de 50% de frequência à ação educativa, e 179 indivíduos com frequência igual ou mais de 50%. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário WHOQOL- BREF. Para análise dos escores foi aplicado o teste t. Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 5% ( $p= 0,05$ ) e o software utilizado foi o Minitab 17 (Minitab Inc.). **Resultados:** Predomina sexo feminino, cor branca, casados, aposentados, nível fundamental de escolaridade, renda média entre 2 e 5 salários mínimos; tempo de diagnóstico de 11 a 20 anos, não ingeriam bebidas alcoólicas, não fumavam. Os que praticavam atividade física faziam caminhadas, tinham alimentação saudável. Mediana de idade 71 anos. Sem diferenças significativas na comparação da idade e do número de residentes entre os grupos. Para os indivíduos com frequência inferior a 50%, o domínio social seguido dos domínios ambiental e geral apresentaram problemas quanto à aderência ao instrumento de qualidade de vida. **Conclusão:** A qualidade de vida manteve-se a mesma em ambos os grupos. O grupo educativo é estratégia importante para o controle do Diabetes e da Hipertensão e, conseqüentemente, auxilia na qualidade de vida. No entanto é necessária uma readequação em sua estrutura com atendimento direcionado e planejado ao público alvo, fortalecendo o vínculo entre equipe e usuário, gerando maior adesão e continuidade das ações.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Promoção da Saúde; Hipertensão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Educational supporting programs can be effective in the control of Arterial Hypertension and Diabetes. They promote the change of attitudes, stimulating self-care and minimizing the action of modifiable risk factors, thus contributing to improve the quality of life and reduction of direct and indirect health costs. **Objective:** To analyze and compare the quality of life of hypertensive and diabetic elderly patients registered in the HIPERDIA from a school medical health center in the interior of São Paulo that participated in educational groups. **Method:** Descriptive research of survey type with a structured questionnaire to analyze the quality of life of 264 elderly people of both sexes, with type 2 Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension registered in HIPERDIA, in 2011, who participated in an educational group from 2012 to 2014. A total of 85 individuals with less than 50% frequency to educational action, and 179 individuals with frequency equal or greater than 50%. The WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess the quality of life. T test was used for the analysis of the scores. All statistical tests were applied with significance level of 5% ( $p = 0.05$ ); the software used was Minitab 17 (Minitab Inc.). **Results:** Predominantly female, white, married, retired, primary level of education, average income between 2 and 5 minimum wages; time of diagnosis from 11 to 20 years, they did not ingest alcoholic beverages; non-smokers. Those who practiced physical activity went walking, had healthy diet. Median age of 71 years. There were no significant differences in the age and number of residents between the groups. For individuals with a frequency lower than 50%, the social domain followed by the environmental and general domains presented problems regarding compliance to the instrument of quality of life. **Conclusion:** Quality of life remained the same in both groups. The educational group is an important strategy for the control of Diabetes and Hypertension and, consequently, this can help on the quality of life. However, it is necessary to readjust its structure with directed and planned attention to the target public, strengthening the link between the team and the user, providing greater compliance and continuity of actions.

**Descriptors:** Quality of Life; Health Education; Diabetes Mellitus; Health Promotion; Hypertension.

## RESUMEN

**Introducción:** Programas educativos de apoyo pueden ser eficaces en el control de la hipertensión y de la diabetes. Promover cambios en las actitudes, fomentando el autocuidado y reduciendo al mínimo la acción de factores de riesgo modificables contribuyen a hacer mejor la calidad de vida y la reducción de los gastos directos e indirectos en salud. **Objetivo:** Analizar y comparar la calidad de vida de los pacientes hipertensos de edad avanzada y diabéticos registrados en HIPERDIA un centro de salud en la escuela de San Pablo que participaron en los grupos educativos. **Método:** Investigación descriptiva encuesta con cuestionario estructurado para analizar la calidad de vida de 264 hombres y mujeres de edad avanzada, las personas con diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión sistémica registradas en HIPERDIA en el año 2011, del grupo educativo 2012 al 2014 el total de 85 personas con menos de 50% de asistencia a la actividad educativa, y 179 personas con frecuencia igual o superior al 50%. Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el BREF cuestionario WHOQOL. Para el análisis de las puntuaciones utilizamos la Prueba T. Todas las pruebas estadísticas se aplicaron con un nivel de significación del 5% ( $p = 0,05$ ) y el software utilizado fue Minitab 17 (Minitab Inc.). **Resultados:** Femenino predominante, casado, jubilado, educación elemental, de ingresos promedio entre 2 y 5 salarios mínimos; tiempo de diagnóstico de 11 a 20 años, no bebía alcohol, no fumaba. Los que practican actividades físicas caminaban, tenían una alimentación saludable. Edad media de los 71 años. No se observaron diferencias significativas de edad y de número de habitantes entre los grupos. Para los individuos con frecuencia de menos de 50%, el sector social siguió las áreas ambientales y generales. presentando problemas de adherencia a la calidad de vida. **Conclusión:** La calidad de vida fue la misma en ambos grupos. El grupo educativo es una estrategia importante para el control de la diabetes y la hipertensión y por eso ayuda en la calidad de vida. Sin embargo se requiere una revisión en su estructura específica y planificada para orientar la asistencia pública, el fortalecimiento del vínculo entre la gente y los usuarios, lo que trae una mayor adhesión y la continuidad de las acciones.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Educación para la Salud; La diabetes mellitus; Promoción de la Salud; Hipertensión.

# **INTRODUÇÃO**

A transição demográfica populacional ocorre em todo o mundo, resultando na longevidade da população. No Brasil, existem cerca de 20 milhões de pessoas acima de 60 anos, o que em 2025 será superior a 32 milhões, sendo o sexto país com maior número de idosos.<sup>1</sup>

O aumento da população com mais de 60 anos e da expectativa de vida no Brasil, variam conforme sexo e região. O perfil demográfico mudou e impactou o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual não está preparado para assistir as necessidades desta população.<sup>2</sup>

É relevante o número de idosos que sofrem por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que frequentemente, estão associadas à comorbidades, comprometendo as atividades cotidianas dessa população e, conseqüentemente sua qualidade de vida.<sup>3</sup>

As DCNT lideram as causas de óbitos, representando 70% das mortes em pessoas com menos de 70 anos. São prevalentes em mulheres e 40% da população adulta tem pelo menos uma DCNT.<sup>4</sup> O controle das Doenças Crônicas representa maior longevidade e qualidade de vida para o idoso.<sup>5</sup>

Dentre as DCNT a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2 são as mais comuns e estão em números crescentes. Desenvolvem condições clínicas com impacto social aos portadores, e causa incapacidades para o trabalho e lazer. Atualmente a HAS e o DM Tipo 2 são a primeira causa de hospitalização no SUS.<sup>2,6,7</sup>

O DM é uma síndrome de etiologia heterogênea, decorre de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, caracterizado por hiperglicemia crônica e distúrbio de outros metabolismos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica em quatro classes

clínicas: DM tipo1, DM tipo2, outros tipos de DM e DM gestacional.<sup>8</sup>

O DM Tipo 2, no mundo, tem projeções para 2030, de 300 milhões de novos casos. A doença acomete nove milhões de brasileiros, representa 6,2% da população adulta e atinge 19,9% de pessoas entre 65 e 74 anos.<sup>9</sup>

A HAS ocorre quando o sangue circula com alta pressão nos vasos sanguíneos, igual ou acima de 140/90 mmhg. Eleito um problema de saúde pública, e de complexo índice de controle, gera altos custos com internações hospitalares e profissionais da saúde, tem alta prevalência na população em geral, considerada um fator de risco modificável para doenças cardiovasculares.<sup>10</sup>

Ressalta-se que a HAS e o DM são graves problemas de saúde pública, que, quando não diagnosticados precocemente e tratados adequadamente, podem levar a complicações agudas ou crônicas. Assim, essas enfermidades são passíveis de prevenção mediante a identificação dos fatores de risco naqueles que ainda não manifestaram a doença e controle por meio do tratamento adequado. A OMS priorizou os seguintes fatores de risco modificáveis: a inatividade física, alimentação inadequada, uso prejudicial do álcool e tabagismo.<sup>11,12</sup>

A Atenção Básica em Saúde (ABS) abrange cerca 60% da população brasileira e é responsável por realizar ações na promoção, prevenção, assistência e acompanhamento dos portadores de DCNT.<sup>13</sup>

A Promoção da saúde como estratégia da ABS é um processo apoiado em conhecimento técnico que identifica, mantém, e modifica o ambiente para prover a melhora da saúde e qualidade de vida do indivíduo, nos aspectos social, mental e físico e encontra na Educação em Saúde, um instrumento importante, capaz de impactar e

estimular a mudança de comportamento e estilo de vida, necessários para o controle dessas DNCT.<sup>14,15</sup>

Neste sentido, o Ministério da Saúde criou o HIPERDIA sob Portaria 371, de 4 de março de 2002 que se configura em um Sistema de gestão clínica que permite cadastrar, monitorar, acompanhar, como também aquisição e dispensação de medicamentos e insumos aos doentes, na Atenção Primária a Saúde. Os munícipes cadastrados tem acesso a ações preventivas individuais ou em grupo, informações e orientações para diagnóstico, tratamento e controle da doença, favorecendo a mudança de hábitos de vida. O HIPERDIA atualmente foi substituído pelo e-SUS AB.<sup>16,17</sup>

Conforme já comentado, para a prevenção e controle das DCNT é fundamental um estilo de vida saudável. A atividade física regular e o estilo de vida ativo colaboram no controle das doenças, melhora a mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida. A manutenção do desempenho das atividades de vida diária reduz o impacto do déficit funcional natural, durante o envelhecimento.<sup>18</sup>

Além disso, a alimentação está diretamente relacionada com questões psicossociais e culturais, portanto é essencial que indivíduos com alterações sistêmicas ou portador de HAS, sejam inseridos em processos educativos. A reeducação alimentar e a mudança de hábitos e de estilo de vida, orientados por profissionais de saúde preparados, são estratégias importantes para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica.<sup>9,19</sup>

A literatura mostra que programas de suporte educacional como grupos educativos, podem ser efetivos no controle de HAS e DM, promovendo a mudança de atitudes e estimulando o autocuidado minimizando a ação dos fatores de risco modificáveis e contribuindo para melhorar a qualidade de vida e redução dos custos

diretos e indiretos em saúde. Para tanto, há a necessidade de profissionais de saúde preparados, qualificados e integrados para o trabalho multi e interprofissional.<sup>20</sup>

Os grupos educativos na AB podem ser compreendidos como um espaço onde se articulam várias dimensões da vida humana: social, subjetiva e biológica. E articulando essas diferentes dimensões, constitui uma prática privilegiada para o empoderamento individual e coletivo do processo saúde doença. Mas para isso essa prática deve se instrumentalizar no modelo dialógico de educação, o que implica o envolvimento dos sujeitos na construção do conhecimento, no desenvolvimento da autonomia e da co-responsabilização dos indivíduos no cuidado e na promoção de saúde. Devem ser considerados os saberes individuais e coletivos nas trocas de experiência, entendendo e respeitando o protagonismo dos participantes do grupo como portadores de saberes sobre o processo saúde doença.<sup>20</sup>

A instrumentalização dos profissionais para atuar em ações educativas de grupo é fundamental para que a prática libertadora tome lugar da prática autoritária e coercitiva, puramente técnica. A equipe de saúde deve reconhecer e ouvir os saberes dos indivíduos e não simplesmente impor normas e condutas de acordo com as evidências científicas. Ao conhecer a percepção, tanto do usuário quanto do profissional é possível criar subsídios para melhorias nos grupos educativos e sua implementação.<sup>20</sup>

É importante ressaltar que a saúde representa não só recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, mas também importante dimensão da qualidade de vida.

Evidências científicas mostram que saúde e qualidade de vida estão estreitamente relacionadas. O objetivo da Política de promoção da saúde é prover a melhora da saúde e QV do indivíduo, nos aspectos social, mental e físico.<sup>21</sup>

O tema QV muito abordado atualmente, tem em seu conceito estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e função social.<sup>22</sup> O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial Saúde definiu Q V como:

*“A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”*

Avaliar qualidade de vida é importante recurso para prover diretrizes adequadas de trabalho aos profissionais de saúde no sentido de investir com maior segurança nas ações de promoção da saúde de indivíduos com DCNT.<sup>23,24</sup>

## **OBJETIVO**

Analisar e comparar a qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos tipo 2, cadastrados no HIPERDIA de um centro de saúde escola do interior de São Paulo que participaram de grupos educativos.

## **MÉTODO**

**Tipo de Estudo**

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado: “Influência das ações educativas nos parâmetros antropométricos e glicêmicos em portadores de diabetes e hipertensão”.

Pesquisa descritiva do tipo inquérito, com uso de questionário estruturado foi a forma de estudo escolhido para analisarmos a qualidade de vida de indivíduos que tiveram mais de 50% de participação em ação educativa em grupo, comparativamente ao grupo que teve menos de 50%.

O local do estudo é o Centro de Saúde Escola Estoril (CSE), que faz parte da rede pública de atendimento à saúde do município de São José do Rio Preto/SP. A rede de atenção básica do município é composta por cinco distritos de saúde, o CSE está localizado no distrito III e, juntamente com o distrito IV faz parte da rede escola, convênio entre a Secretaria de Saúde do Município e a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, funcionários do município, docentes da Faculdade de Medicina, alunos, residentes e aprimorandos trabalham em conjunto e visam à melhoria geral do atendimento à população, do ensino e da pesquisa. Esta Unidade de Saúde é a única do município que promove a educação em saúde em grupo de forma sistemática.

Até o mês de novembro de 2011, na área de abrangência do CSE Estoril, estavam cadastrados no HIPERDIA 995 diabéticos e 2.580 hipertensos. Dos 995 diabéticos: 18 eram portadores de DM tipo 1; 219 DM tipo 2. Quanto à associação entre hipertensão e diabetes: 87 possuem HAS associada ao DM1; 681 são hipertensos e diabéticos tipo 2 e 1.812 são portadores de HAS não associada ao DM. (Tabela 1).

**Tabela 1- Distribuição de Diabéticos e Hipertensos na área de abrangência do CSE Estoril segundo cadastro no HIPERDIA, no ano de 2011.**

CADASTRO HIPERDIA	DM tipo 1	DM tipo 2	Total
Hipertensos	-	-	1.812
Diabéticos	18	219	227
Hipertensos+ Diabéticos	87	681	768
TOTAL	105	900	2.807

Fonte: Cadastro Hiperdia do CSE Estoril, 2011.

Atualmente o Sistema HIPERDIA foi descontinuado a pedido da área gestora Diretoria da Atenção Básica devendo ser trocado pelo Sistema e-SUS AB do Ministério da Saúde- Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

O estudo baseou-se em uma amostra de indivíduos que foram submetidos a uma ação educativa de grupo do CSE Estoril da rede pública do município de São José do Rio Preto/SP.

Os grupos ocorreram de março 2012 a maio 2014, foram implantados cento e dezoito grupos com dez participantes cada. Aconteciam dois grupos diariamente no período matutino, com duração de uma hora e trinta minutos cada encontro, num total de oito, com retorno a cada três meses. A atividade foi coordenada por duplas de profissionais da equipe da unidade de saúde, como também houve reuniões semanais para avaliação e discussão da rotina, e capacitação dos facilitadores.

Os primeiros trinta minutos da atividade são realizados por uma profissional de enfermagem os procedimentos de medidas antropométricas (peso, altura, pressão arterial, glicemia capilar de jejum ou pós prandial e circunferência abdominal), os dados são registrados no prontuário e ficha de evolução do grupo. Na hora seguinte é para o desenvolvimento do tema proposto, organizado da seguinte forma: 1º encontro:

Integração e levantamento de expectativas; 2º encontro: Noções gerais sobre Diabetes Mellitus, HAS e Dislipidemia; 3º encontro: Alimentação Saudável; 4º encontro: Atividade física; 5º encontro: Aspectos emocionais; 6º encontro: Medicação; 7º encontro: A importância da Automonitorização da glicemia e da pressão arterial; 8º encontro: Avaliação geral dos encontros e confraternização.

A pedagogia utilizada foi a dialógica. A participação dos acompanhantes foi incentivada com a proposta de formar multiplicadores em saúde. A coordenação de cada grupo foi realizada por dois profissionais das diversas áreas de conhecimento que atuam na Unidade de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), dentre eles enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, médicos, farmacêutico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, estes faziam a atualização das fichas de evolução dos grupos e foram responsáveis, durante todo o processo de educação e saúde. Os participantes do grupo tinham prioridade no atendimento médico, em referência aos que não participou, esta consulta era agendada para o mesmo dia.

### **População de estudo**

A população do estudo foi constituída de indivíduos com idade maior que 60 anos, de ambos os sexos, portadores de DM tipo 2 e HAS, cadastrados no HIPERDIA em 2011, que tiveram participação em ação educativa em grupo realizado no período de março de 2012 a maio de 2014, no CSE Estoril.

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos na pesquisa indivíduos com idade maior que 60 anos, de ambos os sexos, portadores de DM tipo 2 e HAS, cadastrados no HIPERDIA em 2011, no CSE Estoril do município de São José do Rio Preto- SP, que tiveram participação em ação

educativa em grupo realizado no período de março de 2012 a maio de 2014 e concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1).

Os critérios de exclusão foram: menos de 60 anos, ser portador de doença mental ou impossibilidade cognitiva e recusa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Amostra e variáveis do estudo**

A amostra do estudo resultou em 264 indivíduos sendo: 179 do grupo com participação mais que 50% em ação educativa e 85 do grupo com participação menos que 50% em ação educativa.

O levantamento dos sujeitos foi por meio de: 1- fichas de evolução dos grupos, têm as informações individuais do participante; 2- nos prontuários arquivados no CSE Estoril, é possível ter acesso aos dados de saúde do cidadão; 3- Programa Empro Saúde : Sistema de cadastro da Secretaria Municipal de Saúde, que por meio da Identificação do munícipe (IDM) e Pessoa Física ou Jurídica (PFJ), verifica o cadastro, prontuário eletrônico, linhas de cuidado e agendamentos na Unidade de Saúde; 4- Programa SISP: Sistema Integrado de Saúde Pública, serve para verificar dispensação e baixa de medicamentos e insumos ao munícipe.

Para o estudo consideramos sete dos oito encontros, pois o conteúdo do último encontro não era educativo. A QV desses indivíduos foi mensurada por meio da aplicação de um instrumento de QV validado pela OMS, o WHOQOL- BREF (Fleck 1999).<sup>23</sup>

Adicionalmente, variáveis de caracterização e estilo de vida (Anexo 2) desses indivíduos foram coletadas e relacionadas com os dados de qualidade de vida. A variáveis utilizadas estão no quadro 1.

**Quadro1:** Distribuição das variáveis de caracterização amostral incluídas no estudo

<b>Variáveis de caracterização e estilo de vida</b>	
<b>Sociais</b>	Ocupação; Escolaridade; Número total de moradores no domicílio
<b>Demográficas</b>	Sexo; Cor; Estado civil; Idade
<b>Econômica</b>	Renda familiar
<b>Tempo de diagnóstico</b>	Tempo do diagnóstico (anos) da primeira doença crônica.
<b>Estilo de vida</b>	Hábito de fumar; Ingestão de bebida alcoólica; Hábito de atividade física e exercício físico; Ingestão carne, frutas, verduras, legumes, leite e derivados.

O instrumento WHOQOL-BREF (Anexo 3) aborda questões sobre a avaliação da QV de indivíduos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. São vinte e quatro questões subdivididas entre esses domínios, sendo duas questões adicionais que tratam de questões gerais de qualidade de vida, totalizando vinte e seis questões validadas. Para cada questão, os indivíduos respondem assinalando escores de 1 a 5, sendo 1 referente a parâmetros **muito ruim, muito insatisfeito e 5 referentes aos parâmetros muito satisfeito e muito bom.**<sup>23,24</sup>

As perguntas gerais são caracterizadas pelas duas primeiras questões (Q1 e Q2), abordando questões gerais sobre a qualidade de vida do paciente e do familiar avaliado. O domínio físico aborda questões relativas à dor, necessidade de tratamento médico, energia e disposição para exercer atividades, qualidade do sono e capacidade para o trabalho. As questões desse domínio são: Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18.

O domínio psicológico refere-se a questões sobre o aproveitamento da vida, capacidade de concentração, aceitação da aparência física e ao aparecimento de sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão. As questões relativas a esse domínio são: Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 e Q26.

O domínio das relações sociais aborda questões acerca do relacionamento do paciente com os amigos, a possibilidade de ter havido apoio deles e, ainda, à satisfação do paciente em relação a sua vida sexual. As questões relativas a esse domínio são: Q20, Q21 e Q22.

Por fim, o domínio meio ambiente está relacionado com questões direcionadas à proteção do paciente em sua vida diária, situação do ambiente no qual frequenta como presença de ruídos, poluição e atrativos; à situação financeira do paciente como possuir dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, disponibilidade para informações, aproveitamento de oportunidades para lazer, condições do local onde mora, acesso a estabelecimentos de saúde e meios de transporte. As questões relativas a esse domínio são: Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25.

Para a quantificação dos escores, primeiramente, as questões Q3, Q4 e Q26 devem ser recodificadas, atribuindo escores contrários aos respondidos pelos indivíduos, pois tratam-se de questões que caracterizam intensidade inversa às demais questões presentes no instrumento. Nesse caso, para os indivíduos que declararam escore 1 para as mencionadas questões, o escore final será igual a 5; os pacientes que declararam escore 2 serão recodificados para o escore 4 e os pacientes com escore 3 não sofrem alteração. Após a recodificação das questões, os escores de cada domínio são calculados através da média por indivíduo e essa transformada linearmente através da seguinte relação matemática:

$$\text{domínio} = (\text{média} - 4) \times \frac{100}{16}$$

O escore final será um valor entre 0 e 100, sendo que quanto maior o escore do domínio, maior é a qualidade de vida dos indivíduos referentes a esse domínio. O contrário também é válido, ou seja, quanto menor o escore do domínio, menor é a qualidade de vida dos indivíduos referentes a tal domínio.<sup>25</sup> Os escores dos domínios mencionados foram comparados com algumas variáveis de caracterização amostral relevante como: tempo de diagnóstico de DCNT, ingestão de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, atividade física e alimentação saudável.

#### **Cálculo do tamanho da amostra**

Para o cálculo do tamanho da amostra, algumas relações foram empregadas. Sendo  $N$  o tamanho da amostra,  $E_0$  o erro amostral tolerável,  $n_0$  a primeira aproximação do tamanho da amostra e  $n$  o tamanho da amostra, tem-se:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$
$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

#### **Grupo com menos de 50% de frequência à ação educativa**

$$E_0 = 0,05$$

$$N = 107$$

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{107 \times 400}{107 + 400} = \frac{42800}{507} = 84,41 = 85 \text{ indivíduos}$$

#### **Grupo com 50% (ou mais) de frequência à ação educativa**

$$E_0 = 0,05$$

$$N = 255$$

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{255 \times 400}{255 + 400} = \frac{102000}{655} = 155,72 = 156 \text{ indivíduos}$$

### Coleta de dados

Os entrevistados no total de 264 indivíduos sendo; 85 com participação menos que 50% em grupo educativo e 179 com participação mais que 50% em grupo educativo.

Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2015. A aplicação do questionário foi realizada pelo próprio pesquisador e um colaborador capacitado para esta execução. Os entrevistados responderam as perguntas do questionário de forma verbal.

O contato com os participantes foi via telefone para agendamento em dia e horário de sua escolha. As entrevistas ocorreram no CSE Estoril em ambiente reservado, pré-determinado pela gerente da unidade de saúde, escolhido o local com disponibilidade e maior privacidade. Algumas entrevistas foram realizadas no domicílio do doente por solicitação devido a mobilidade diminuída, dificuldade de locomoção e a dependência de terceiros.

Os entrevistados após assinarem o termo de consentimento lido pelo pesquisador, respondeu as perguntas do questionário sócio demográfico e estilo de vida, foi instruído quanto as perguntas do questionário WHOOQOL-BREF; escolher a resposta e ou a alternativa mais apropriada e com referência as duas últimas semanas.

### Análise dos dados

Os dados coletados abordaram característica sócio demográfica e escores referentes a cada um dos domínios do instrumento aplicado. As variáveis de caracterização amostral foram analisadas por meio de percentual, sendo separado de acordo com a frequência mínima de presença na ação educativa, sendo considerada a presença de até 50% o ponto de corte para a divisão dos grupos amostrais.

A aderência ao instrumento e a homogeneidade dos dados foram analisadas pela aplicação do coeficiente alfa de Cronbach. Instrumento de fidedignidade que analisa os resultados e, mostrou que os indivíduos avaliados apresentaram certa dificuldade em interpretar as questões referentes ao domínio social que aborda as relações interpessoais e as questões sexuais. Nesse contexto, os indivíduos não apresentaram relevante aderência a esse domínio em ambos os grupos amostrais, ou seja, tanto para os indivíduos com frequência de 50% ou mais à ação educativa como para os indivíduos com frequência menos de 50%.

Os escores referentes a cada um dos domínios foram comparados de acordo com a divisão dos grupos amostrais. Para essa análise, foi aplicado o teste para verificar a hipótese para amostras independentes com o objetivo de observar a presença de possíveis diferenças significativas entre os grupos amostrais. A comparação dos escores dos domínios com as variáveis de caracterização amostral também foi realizada por meio da aplicação do teste de t para amostras independentes com o objetivo de observar a relação entre tais variáveis e a frequência dos indivíduos à ação educativa.

Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e o software utilizado para a realização dos testes foi o Minitab 17 (Minitab Inc.).<sup>25,26</sup>

### **Aspectos éticos**

Cada entrevistado só participou da pesquisa mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento.

Respeitando a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). CAAE: 17367013.1.0000.5415, em: 13/06/2013 (Anexo 4).

# **RESULTADOS**

Segundo as Tabelas 2 e 3, predomina o sexo feminino (72,3%), cor branca (83,3%), casado (49,6%), aposentado (81,8%), nível fundamental de escolaridade (65,2%), renda média entre dois e cinco salários mínimos (78,4%). O tempo de diagnóstico predominante de DCNT foi de 11 a 20 anos (36,0%). 82,6% não ingeriam bebidas alcoólicas e 90,5% não fumavam. Os que praticam atividade física (45,0%) fazem caminhada (28,0%). Referem alimentação saudável (93,6%) todos os dias (31,8%).

Tabela 2. Percentuais dos dados sócios demográficos e econômicos dos indivíduos avaliados no estudo.

	(-)50%		(+)50%		Total	
	N	%	N	%	N	(%)
Frequência na ação educativa	85	32,2	179	67,8	264 (100)	
<b>Sexo</b>						
Feminino	63	33,0	128	67,0	191 (72,3)	
Masculino	22	30,1	51	69,9	73 (28,7)	
<b>Cor</b>						
Branca	71	32,2	149	67,8	220 (83,3)	
Parda	11	39,3	17	60,7	28 (10,6)	
Preta	3	18,7	13	81,3	16 (6,1)	
<b>Estado civil</b>						
Casado	41	31,3	90	68,7	131 (49,6)	
Divorciado	9	56,3	7	43,7	16 (6,1)	
Solteiro	9	36,0	16	64,0	25 (9,5)	
Viúvo	26	28,3	66	71,7	92 (34,8)	
<b>Ocupação</b>						
Aposentado	71	32,9	145	67,1	216 (81,9)	
Autônomo	3	60,0	2	40,0	5 (1,9)	
Informal	3	75,0	1	25,0	4 (1,5)	
Sem renda	7	22,6	24	77,4	31 (11,7)	
Trabalho com vínculo	1	12,5	7	87,5	8 (3,0)	
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto funcional	14	29,2	34	70,8	48 (18,2)	
Fundamental	53	30,8	119	69,2	172 (65,1)	
Médio	17	44,7	21	55,3	38 (14,3)	
Superior	1	16,7	5	83,3	6 (2,4)	
<b>Renda familiar</b>						
Até 1 SM	19	39,6	29	60,4	48 (18,2)	
2 a 5 SM	62	29,9	145	70,1	207 (78,4)	

6 a 10 SM	4	44,4	5	55,6	9	(3,4)
Salário mínimo: Setecentos e oitenta e oito reais <sup>27</sup>						

Tabela 3. Percentuais dos dados referentes ao tempo de diagnóstico e estilo de vida dos indivíduos avaliados no estudo.

	(-)50%		(+)50%		Total	
	N	%	N	%	N	(100%)
Frequência na ação educativa	85	32,2	179	67,8	264	(100)
<b>Tempo do diagnóstico de DCNT</b>						
Até 5 anos	9	40,9	13	59,1	22	(8,3)
6 a 10 anos	23	41,1	33	58,9	56	(21,2)
11 a 20 anos	26	27,4	69	72,6	95	(36,0)
21 a 30 anos	16	33,3	32	66,7	48	(18,2)
Mais de 30 anos	11	25,6	32	74,4	43	(16,3)
<b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b>						
Não	71	32,6	147	67,4	218	(82,6)
Sim	14	30,4	32	69,6	46	(17,4)
<b>Hábito de fumar</b>						
Não	72	30,1	167	69,9	239	(90,5)
Sim	13	52,0	12	48,0	25	(9,5)
<b>Pratica atividade física</b>						
Não	47	32,4	98	67,6	145	(55,0)
Sim	38	31,9	81	68,1	119	(45,0)
<b>Tipo de atividade física</b>						
Academia	2	28,6	5	71,4	7	(2,7)
Alongamento	9	37,5	15	62,5	24	(9,0)
Caminhada	23	31,1	51	68,9	74	(28,0)
Hidroginástica	3	33,3	6	66,7	9	(3,4)
Outros	0	0,0	3	100	3	(1,1)
<b>Alimentação saudável</b>						
Não	8	47,1	9	52,9	17	(6,4)
Sim	77	31,2	170	68,8	247	(93,6)
<b>Frequência de alimentação saudável</b>						
1 a 2 vezes na semana	31	59,6	21	40,4	52	(19,7)
3 a 4 vezes na semana	12	17,4	57	82,6	69	(26,1)
5 a 6 vezes na semana	10	23,8	32	76,2	42	(17,4)
Todos os dias	24	28,6	60	71,4	84	(31,8)

Foi possível observar certas semelhanças na idade e no número de pessoas residentes no domicílio quando os indivíduos que frequentaram a ação educativa em níveis iguais ou mais que 50% foram comparados aos indivíduos que apresentaram

frequência menos a 50%. A Tabela 4 mostra as estatísticas descritivas dessas variáveis de acordo com a frequência dos indivíduos avaliados.

Tabela 4. Estatísticas descritivas da idade e do número de pessoas residentes no mesmo domicílio dos indivíduos avaliados no estudo.

Variável	Frequência (+) 50%	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Idade	Não	85	71,1±7,6	71,0	0,537
	Sim	179	71,7±7,3	71,0	
Nº de residentes	Não	83	2,4±1,1	2,0	0,361
	Sim	174	2,3±1,1	2,0	

Valor P referente ao teste t para amostras independentes ( $P < 0,05$ ).

Os resultados indicam a ausência de diferenças significativas na comparação da idade e do número de residentes quando os indivíduos com frequência de 50% ou mais foram comparados aos indivíduos com frequência menos a 50%. A ausência de diferenças significativas indica a homogeneidade da amostra, ou seja, independentemente da frequência dos indivíduos avaliados, os mesmos apresentaram homogeneidade em relação à idade e ao número de residentes no mesmo domicílio.

A análise dos escores da qualidade de vida do WHOQOL-BREF necessita de prévia validação através da análise do coeficiente de Alfa de Cronbach. Esse parâmetro estatístico indica a aderência da amostra ao instrumento de qualidade de vida, evidenciando a alta ou baixa confiabilidade do instrumento para medir a qualidade de vida dos indivíduos do estudo. De uma forma geral, de acordo com o instrumento, considera-se ideal que o coeficiente Alfa de Cronbach seja igual ou superior a 0,700 para que os dados apresentem elevada aderência ao instrumento. As Tabelas 5 e 6 mostram os coeficientes de Alfa de Cronbach para os indivíduos com frequência 50% ou mais e para os indivíduos com frequência menos que 50%, respectivamente.

Tabela 5. Coeficientes alfa de Cronbach para os domínios do instrumento WHOQOL-BREF para os indivíduos com frequência mais que 50%.

Domínios	Escala/item	Coef. de alfa de Cronbach com exclusão de item	Coeficiente de alfa de Cronbach da escala
Questão Geral	1	-	0,569
	2	-	
Físico	3	0,693	0,723
	4	0,696	
	10	0,667	
	15	0,670	
	16	0,735	
	17	0,673	
Psicológico	18	0,698	0,655
	5	0,570	
	6	0,551	
	7	0,615	
	11	0,674	
Social	19	0,614	0,231
	26	0,631	
	20	0,269	
	21	0,187	
Meio Ambiente	22	0,037	0,232
	8	0,439	
	9	0,235	
	12	0,196	
	13	0,231	
	14	0,126	
	23	0,175	
24	0,215		
25	0,197		

É possível verificar pelos coeficientes alfa de Cronbach que os domínios que apresentaram maior confiabilidade foram os domínios físico e psicológico; em contrapartida, os domínios social e ambiental foram os que apresentaram menor aderência ao instrumento aplicado.

Tabela 6. Coeficientes alfa de Cronbach para os domínios do instrumento WHOQOL-BREF para os indivíduos com frequência mais que 50%.

Domínios	Escala/item	Coeficiente de alfa de Cronbach com a exclusão de item	Coeficiente de alfa de Cronbach da escala
Questão Geral	1	-	0,522
	2	-	
Físico	3	0,586	0,660
	4	0,611	
	10	0,632	
	15	0,606	
	16	0,697	
	17	0,611	
	18	0,610	
Psicológico	5	0,717	0,713
	6	0,614	
	7	0,666	
	11	0,694	
	19	0,658	
	26	0,690	
Social	20	-0,088	<b>-0,027</b>
	21	0,300	
	22	-0,398	
Meio Ambiente	8	0,478	0,510
	9	0,500	
	12	0,429	
	13	0,442	
	14	0,434	
	23	0,545	
	24	0,485	
25	0,478		

Para os indivíduos com frequência menos que 50%, o domínio que apresentou problemas quanto à aderência ao instrumento de qualidade de vida foi o domínio social, seguido dos domínios meio ambiente e questões gerais. Assim como os indivíduos com frequência mais que 50%, os domínios físico e psicológico foram os que apresentaram maior aderência e confiabilidade.

Os indivíduos foram avaliados de acordo com os escores obtidos de cada questão componente dos cinco domínios. A Tabela 7 mostra as estatísticas descritivas dos escores dos indivíduos para cada domínio avaliado de acordo com o percentual de frequência referente à atividade educativa.

Tabela 7. Estatísticas descritivas dos indivíduos em relação aos domínios avaliados.

Domínio	Frequência (+) 50%	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Valor P
Questão Geral	Não	85	58,09±16,89	62,50	0,844
	Sim	179	58,52±16,14	62,50	
Físico	Não	85	57,56±12,99	60,71	0,140
	Sim	179	54,99±13,60	57,14	
Psicológico	Não	85	60,20±12,61	62,50	0,579
	Sim	179	61,10±11,91	62,50	
Social	Não	85	65,29±10,75	66,67	0,194
	Sim	179	67,13±10,62	75,00	
Meio Ambiente	Não	85	58,38±8,10	59,37	0,818
	Sim	179	58,13±8,13	59,37	

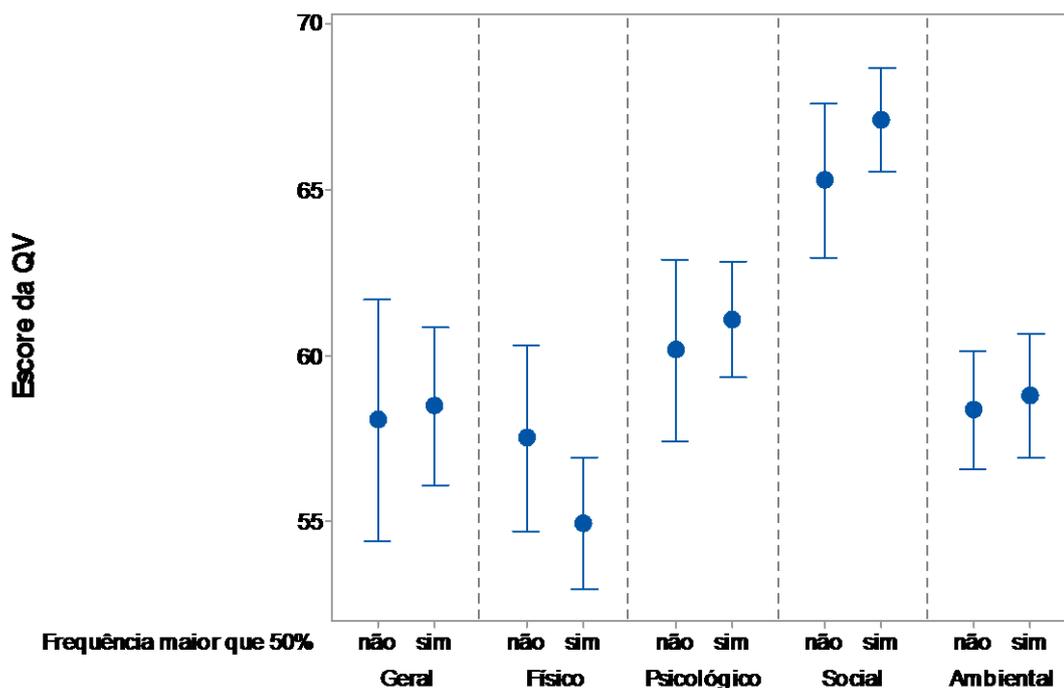
Valor P referente ao teste t para amostras independentes (P<0,05)

A partir dos dados da Tabela 6 é possível observar a ausência de diferenças significativas na comparação dos escores de todos os domínios da qualidade de vida quando os indivíduos foram comparados em relação à frequência de presença referente à atividade educativa. Esse resultado evidencia que, independentemente da frequência do indivíduo à atividade educativa, a qualidade de vida dos indivíduos foi considerada a mesma para todos os domínios. Em todos os casos, os intervalos de confiança se sobrepõem, reiterando a ausência de diferenças significativas (P>0,05) em todos os domínios avaliados.

A Figura 1 mostra os intervalos de confiança para cada uma das distribuições dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à frequência dos indivíduos em relação à atividade educativa. Observou-se que, em todos os domínios, os intervalos de confiança se sobrepõem, reiterando a ausência de diferenças significativas nos escores

médios de todos os domínios quando comparados em relação à frequência à atividade educativa.

Figura 1. Intervalos de confiança (IC 95%) de todos os domínios avaliados de acordo com a frequência dos indivíduos.



A variável tempo de diagnóstico DCNT foi analisada de forma a verificar possíveis diferenças estatísticas em relação aos escores médios de cada um dos domínios abordados no instrumento de coleta de dados de acordo com a frequência dos indivíduos à atividade educativa. A Tabela 8 mostra as estatísticas descritivas dos escores médios em relação ao tempo de diagnóstico.

Os resultados indicam a presença de somente duas diferenças significativas, sendo elas referentes ao domínio psicológico dos indivíduos que apresentaram tempo de diagnóstico até cinco anos e ao domínio físico para os indivíduos que apresentaram diagnóstico superior a 30 anos. Para indivíduos com tempo de diagnóstico até cinco

anos foi possível pressupor maior qualidade de vida no domínio psicológico para aqueles que participaram ativamente da ação educativa (presença mais que 50%) em relação aos indivíduos que apresentaram frequência menos que 50%. No caso dos indivíduos com tempo de diagnóstico superior a 30 anos, a qualidade de vida no domínio físico foi superior para os que apresentaram frequência menos que 50% no grupo educativo.

Tabela 8. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação ao tempo de diagnóstico de DCNT.

Domínio	Frequência(+) 50%	Tempo de diagnóstico de DCNT				
		Até 5 anos	6-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	Mais de 30 anos
Questão Geral	Não	51,39±15,87	63,59±16,82	59,13±17,16	53,91±14,23	55,68±19,66
	Sim	59,62±16,26	61,36±16,64	59,06±14,20	51,56±19,51	60,94±14,81
	Valor P	0,253	0,627	0,984	0,639	0,431
Físico	Não	50,79±14,81	54,35±11,89	59,75±11,98	56,47±14,59	66,23±9,50
	Sim	58,24±14,97	53,14±14,28	57,61±12,25	48,44±13,42	56,47±13,65
	Valor P	0,264	0,732	0,443	0,076	0,015
Psicológico	Não	58,80±12,92	60,33±12,17	60,26±13,29	57,29±12,22	65,15±12,95
	Sim	69,23±6,26	59,22±12,66	62,56±11,99	56,38±12,74	61,33±9,88
	Valor P	0,048	0,743	0,444	0,812	0,386
Social	Não	71,30±7,35	65,22±11,69	64,42±11,44	61,98±11,37	67,42±6,93
	Sim	67,31±12,48	70,45±7,24	67,03±10,83	64,32±12,20	66,67±10,37
	Valor P	0,359	0,065	0,321	0,516	0,787
Meio Ambiente	Não	59,03±7,88	56,93±7,82	58,53±6,22	58,01±11,29	61,08±8,07
	Sim	63,46±5,16	59,09±7,39	59,47±8,34	54,10±8,45	56,15±7,21
	Valor P	0,164	0,304	0,558	0,234	0,093

Valor P referente ao teste t para amostras independentes (P<0,05).

A ocorrência de ingestão de bebidas alcoólicas também foi analisada com o objetivo de verificar possíveis diferenças estatísticas em relação aos escores médios de cada um dos domínios abordados no instrumento de coleta de dados de acordo com a frequência dos indivíduos à atividade educativa. A Tabela 9 mostra as estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à ingestão ou não de bebidas alcoólicas.

Tabela 9. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à ocorrência de ingestão de bebidas alcoólicas.

Domínio	Frequência (+) 50%	Ingestão de bebidas alcoólicas	
		Não	Sim
Questão Geral	Não	60,04±16,31	48,21±16,88
	Sim	57,82±16,17	61,72±15,86
	Valor P	0,348	0,018
Físico	Não	58,65±12,56	52,04±14,20
	Sim	54,52±13,50	57,14±14,08
	Valor P	0,028	0,272
Psicológico	Não	60,33±12,96	59,52±11,02
	Sim	60,74±11,81	62,76±12,43
	Valor P	0,821	0,386
Social	Não	65,73±10,50	63,10±12,10
	Sim	67,34±10,48	66,15±11,39
	Valor P	0,288	0,432
Meio Ambiente	Não	58,62±8,17	57,14±7,89
	Sim	57,54±8,15	60,84±7,61
	Valor P	0,362	0,152

Valor P referente ao teste t para amostras independentes ( $P < 0,05$ ).

Os resultados indicam a presença de somente duas diferenças significativas, sendo elas referentes ao domínio físico dos indivíduos que não ingerem bebidas alcoólicas, e ao domínio geral para os indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas. De uma forma geral, os indivíduos que não apresentaram hábito de ingerir bebidas alcoólicas e frequência inferior a 50% apresentaram maior qualidade de vida para o domínio físico quando comparados aos indivíduos que apresentaram frequência igual ou mais que 50%. No outro caso, referente aos indivíduos que apresentam o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, foi possível pressupor que os indivíduos que apresentaram frequência mais que 50% na atividade educativa apresentaram maior QV no domínio geral quando comparados aos indivíduos que apresentaram presença menos que 50%.

O resultado permite pressupor que a atividade educativa não interfere de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos que não apresentam o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, no entanto, a ação educativa é mais significativa para os indivíduos que apresentam o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, visto que para esses indivíduos, independentemente da presença ou não de diferenças significativas, a maior qualidade de vida é relacionada aos indivíduos que apresentaram maior assiduidade aos encontros educativos.

O hábito de fumar também foi analisado com o objetivo de observar diferenças na qualidade de vida dos indivíduos participantes do estudo de acordo com a frequência à atividade educativa. A Tabela 10 mostra as estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação ao hábito de fumar.

Os resultados indicam influência da atividade educativa somente para os indivíduos que apresentaram hábito de fumar, sendo as diferenças significativas observadas nos domínios psicológico e ambiental. Em ambos os domínios, os indivíduos que apresentaram frequência menos que 50% na intervenção educativa apresentaram maior qualidade de vida para esses domínios mencionados, evidenciando que, para os indivíduos que fumam a frequência menos que 50% surtiu efeito positivo na QV dos domínios psicológico e meio ambiente.

Tabela 10. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação ao hábito de fumar.

Domínio	Frequência (+) 50%	Hábito de fumar	
		Não	Sim
Questão Geral	Não	59,72±16,94	49,04±13,94
	Sim	59,36±15,93	46,88±15,19
	Valor P	0,876	0,715
Físico	Não	57,64±12,68	57,14±15,15
	Sim	55,41±13,65	49,11±11,91
	Valor P	0,225	0,153
Psicológico	Não	59,84±13,20	62,18±8,75
	Sim	61,67±11,88	53,13±9,59
	Valor P	0,311	0,022
Social	Não	64,93±11,10	67,31±8,65
	Sim	67,26±10,65	65,28±10,56
	Valor P	0,133	0,606
Meio Ambiente	Não	57,98±8,29	60,58±6,82
	Sim	58,75±7,74	49,48±8,92
	Valor P	0,502	0,002

Valor P referente ao teste t para amostras independentes a  $P < 0,05$ .

A atividade física foi analisada com o objetivo de observar diferenças nas qualidade de vida dos indivíduos de acordo com a frequência à atividade educativa (Tabela 11).

Os resultados indicam a ausência de diferenças significativas quando os escores de todos os domínios foram comparados em relação à atividade física e à frequência de presença à atividade educativa dos indivíduos. Sendo assim, pressupõe-se que a atividade física não influencia de maneira significativa na diferenciação da qualidade de vida quando a frequência de presença dos indivíduos foi comparada.

Tabela 11. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à atividade física.

Domínio	Frequência (+) 50%	Atividade física	
		Não	Sim
Questão Geral	Não	56,91±17,45	59,54±16,29
	Sim	57,27±16,64	60,03±15,49
	Valor P1	0,907	0,877
Físico	Não	57,37±13,64	57,80±12,31
	Sim	53,02±13,63	57,36±13,27
	Valor P1	0,076	0,861
Psicológico	Não	59,31±11,43	61,29±14,00
	Sim	60,08±12,01	62,35±11,76
	Valor P1	0,710	0,689
Social	Não	65,25±10,76	65,35±10,88
	Sim	66,92±10,19	67,39±11,20
	Valor P1	0,375	0,349
Meio Ambiente	Não	58,31±6,71	58,47±9,64
	Sim	57,97±8,76	58,33±7,36
	Valor P1	0,798	0,938

Valor P referente ao teste t para amostras independentes a  $P < 0,05$ .

A alimentação saudável também foi uma das variáveis avaliadas com o objetivo de observar diferenças na qualidade de vida dos indivíduos de acordo com a frequência à atividade educativa (Tabela 12).

Os resultados indicam a presença de diferenças significativas para os escores de qualidade de vida para os domínios geral e físico para os indivíduos que alegaram não ter uma alimentação saudável. Em ambos os casos, os indivíduos com frequência de presença menos que 50% na atividade educativa apresentaram maior qualidade de vida para ambos os domínios mencionados. De certa forma, a atividade educativa não surtiu efeito positivo para os indivíduos que não apresentaram uma alimentação saudável, visto que os indivíduos com frequência mais que 50% apresentaram escores de qualidade de vida inferiores aos indivíduos com frequência menos que 50% para as questões gerais e domínio físico.

Tabela 12. Estatísticas descritivas dos escores médios dos domínios em relação à alimentação saudável.

Domínio	Frequência (+) 50%	Alimentação saudável	
		Não	Sim
Questão Geral	Não	65,63±12,94	57,31±17,13
	Sim	41,67±15,31	59,41±15,73
	Valor P1	0,004	0,360
Físico	Não	58,93±12,81	57,42±13,08
	Sim	40,48±8,75	55,76±13,40
	Valor P1	0,005	0,359
Psicológico	Não	58,33±17,25	60,39±12,16
	Sim	53,24±10,98	61,52±11,85
	Valor P1	0,489	0,496
Social	Não	68,75±8,63	64,94±10,93
	Sim	64,81±11,62	67,25±10,59
	Valor P1	0,438	0,121
Meio Ambiente	Não	60,94±7,65	58,11±8,14
	Sim	53,82±7,93	58,36±8,10
	Valor P1	0,081	0,825

Valor P referente ao teste t para amostras independentes a  $P < 0,05$

# **DISCUSSÃO**

Assim como em outros estudos, houve predominância do sexo feminino. Evidências científicas têm explicado o fato pela feminilização do envelhecimento, pela maior longevidade feminina, além da mulher frequentar as UBS com mais assiduidade do que os homens. Também é possível que este fato ocorra pela maior percepção da doença pelas mulheres e preocupação maior com a saúde do que os homens.<sup>10,28,29,30</sup>

A cor autodeclarada branca também foi encontrada em outros estudos,<sup>28</sup> assim como a predominância de casados e aposentados.<sup>31,32</sup>

O nível fundamental de escolaridade que também foi relatado em outros estudos<sup>32,33</sup> talvez seja decorrente das antigas gerações que cresceram no Brasil, onde a oportunidade de estudar era escassa e culturalmente o estudo não era valorizado pelas famílias, principalmente entre as mulheres. Esta foi uma das falas de grande parte dos entrevistados.

A maioria não é tabagista,<sup>32</sup> o número de pessoas que não tem o hábito de fumar está em ascensão no Brasil segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, a proporção de ex-fumantes aumenta com a idade de 60 anos ou mais, o resultado é associado a campanhas de conscientização e trabalhos educativos antitabaco.<sup>6</sup>

O tempo de diagnóstico predominante é de 11 a 20 anos como em outros estudos.<sup>31,33</sup> As pessoas mesmo após ter um diagnóstico de Doença Crônica não transmissível acreditam ser saudáveis, e não se sentem motivadas a aprender sobre a doença, mas quando sofre complicações graves e fica fragilizada procura maior conhecimento em programas de saúde.<sup>34,35</sup> Esta situação pode justificar a maior qualidade de vida vista nos idosos com maior tempo de diagnóstico.

As pessoas que não consumiam bebida alcoólica estão em predomínio.<sup>31,32</sup> Os acontecimentos peculiares ao idoso como: viuvez recente, separação, solidão,

---

aposentadoria, dores crônicas, ansiedade, falta de vínculo e de suporte social, mostra uma relação estresse e idade, estes fatores aumentam o risco de depressão e pode expor o indivíduo ao uso nocivo de bebida alcoólica, porém não observado neste estudo.<sup>36</sup>

A atividade física não é prática vivenciada pela maioria.<sup>32,37</sup> Sobre este aspecto, a literatura mostra que ocorre um decréscimo no nível de atividade física com o aumento da idade cronológica,<sup>6,38</sup> segundo pesquisas os adultos, as mulheres, os idosos são os mais sedentários no Brasil.<sup>36</sup> A não adesão também foi justificada em estudos, os idosos, apesar de terem conhecimento dos benefícios, alegam ter: indisposição, problemas de saúde que limitam e causam dores articulares e falta de tempo. A prática regular e contínua de atividade física é essencial para a saúde e diminuição dos índices de mortalidade principalmente por doenças cardiovasculares. Deve ser prescrita individualmente conforme idade e limitações funcionais do indivíduo.<sup>39,40</sup>

A falta de atividade física pode gerar qualidade de vida empobrecida.<sup>6,32,37,38,41</sup> O conhecimento da importância da atividade física para a saúde, não é suficiente para estimular a sua prática e, caso o idoso inicie uma atividade, o abandono ocorre nos três primeiros meses. Para obter benefícios à saúde para idosos sedentários é recomendado uma atividade aeróbica, intensidade moderada, no mínimo 150 minutos por semana, como também é complementar e valoroso incluir atividades com exercícios de resistência, força, equilíbrio e flexibilidade.<sup>42</sup>

A prática irregular de atividade física prejudica o estado de saúde e contribui para o estresse psicoemocional, muitas vezes é motivado pelo comodismo, dor, preguiça, ou local inadequado.<sup>43</sup>

O envelhecimento natural pode ter retardo de suas alterações e melhoria da qualidade de vida, caso o idoso assuma um estilo de vida ativo. Portanto vemos que

---

apenas o grupo de orientação educacional não basta, é preciso o acompanhamento, supervisão e vínculo para estimular o doente prática de atividade física.<sup>44</sup>

Os que praticam atividade física tem preferência pela a caminhada,<sup>45</sup> principalmente idosos que não tem problemas articulares, em especial nos joelhos, pois, segundo os entrevistados, a caminhada pode ser conciliada com as atividades de vida prática, não requer vestimenta, local ou acessórios específicos. Também, a temperatura média anual da cidade é de 24,31 Graus,<sup>46</sup> o que torna convidativo para esta opção.

A renda segundo a pesquisa foi entre dois e cinco salários,<sup>24</sup> o município de São José do Rio Preto, onde foi realizado a pesquisa, oferece a seus munícipes boa qualidade de vida, no aspecto de distribuição de renda, expectativa de vida ao nascer, está em destaque no ranking nacional de cidades, estes fatores causam interesse da população em geral que migram para a cidade, como também de pessoas após a aposentadoria, em busca de um envelhecimento com maior dignidade.<sup>46</sup>

A maioria referiu ter uma alimentação saudável todos os dias, como outros estudos.<sup>47</sup> Aos cuidados diários com a saúde, incluem a alimentação saudável, que para o idoso é similar a da pessoa adulta, porém em quantidades diferentes devido a diminuição de atividade física e o ritmo do metabolismo, deve incluir porções diárias e fracionadas de leite, gorduras, cereais, frutas, legumes, verduras, carnes, ovos. A alimentação inadequada dos idosos gera desequilíbrio nutricional e interfere na qualidade de vida. Os idosos dizem saber da importância da modificar hábitos alimentares, mas que tem dificuldades em restringir alimentos como gorduras e açúcar, assim como o preparo de alimentos separado do resto da família.<sup>47,48,49</sup> O fator socioeconômico influencia no estado nutricional, a nutrição e a alimentação na terceira idade, ainda é um tema pouco explorado pelos pesquisadores.<sup>48</sup>

As recomendações são oferecidas em ações educativas quanto à alimentação, porém. Observa-se que os participantes apresentam dúvidas constantes, o que sugere a necessidade de capacitação mais adequada para os profissionais da saúde.<sup>37</sup> Os alimentos industrializados ricos em sódio e substâncias químicas para conservação, está em prevalência no Brasil e no mundo, substituídos pelos alimentos naturais.<sup>50</sup> Para a alimentação adequada precisa de mudança de hábitos, os estudos pontuam que menos de 30% das pessoas doentes, mudam seus hábitos de vida alimentares.<sup>20</sup>

Nos resultados apresentados independente da frequência do indivíduo na atividade educativa, a qualidade de vida foi considerada a mesma para todos os domínios. Um programa educativo básico para mudanças de hábitos pode ter impacto na qualidade de vida caso tenha adesão dos pacientes e isso não ocorre conforme estudos. Embora sejam orientados nas atividades educativas, ocorre baixa adesão ao tratamento não medicamentoso, atividade física e nutricional.<sup>51,52</sup>

Neste aspecto, a literatura mostra que aquisição de conhecimento e atitude favorável referente ao autocuidado para evitar complicações da doença são influenciados pela escolaridade, pelo tempo de diagnóstico, pela idade, sexo, dentre outros fatores.<sup>31,53,54,55</sup>

As pessoas mesmo após ter um diagnóstico de Doença Crônica não transmissível acreditam ser saudáveis, e não se sentem motivadas a aprender sobre a doença, mas quando sofre complicações graves e fica fragilizada procura maior conhecimento em programas de saúde.<sup>35</sup>

Esta situação pode justificar a maior qualidade de vida vista nos idosos com maior tempo de diagnóstico.

A auto percepção de saúde e qualidade de vida para o idosos, está relacionada a capacidade funcional do individuo. O envelhecimento para o ser humano está associado a sentimentos plenos e uma fase de vida boa, mas também a dependência, morte e solidão. Ter saúde é primordial para o comando de suas vidas,<sup>56</sup> quanto maior a idade, menor a capacidade funcional e menor qualidade de vida.<sup>57</sup> A eliminação das doenças crônicas para o idoso representa uma vida com qualidade, longa e livre de incapacidades.<sup>5</sup>

Estudos mostram participação mínima e descontinuada de usuários do SUS em atividades de educação em saúde, além de que a abordagem da ação educativa tem sido de forma inadequada, generalista, mais para cumprir exigências programáticas provenientes dos níveis superiores de gestão, incorrendo em permanência de dúvidas e falhas de informações complementares sobre conhecimentos e atitudes para o controle da doença.<sup>20,58</sup>

O grupo educativo precisa ser resolutivo em sua proposta. Assim, as ações educativas requerem o envolvimento da equipe multiprofissional e interdisciplinar de forma integrada e planejada nas ações educativas, assim como com os usuário e familiares no sentido de oferecer meios para realizarem as mudanças de hábitos, criar vínculo e canais de comunicação eficientes. Neste sentido, acompanhamento, supervisão e acolhimento são ferramentas fundamentais.<sup>20,45</sup>

É importante o fortalecimento do vínculo do doente com a equipe de saúde, um dos atributos da atenção Básica em Saúde, que deve ser pautado na valorização do saber popular, na sensibilidade do profissional em perceber a evolução e potencial dos indivíduos para estimular a aquisição de conhecimento para o autocuidado. Para tanto, o acompanhamento do doente deve ultrapassar os limites físicos da unidade básica de

saúde, e em episódios agudos da doença, chegando ao domicílio, conforme o princípio da integralidade e outro atributo da Atenção Básica, a Longitudinalidade.<sup>20,59,60</sup>

Este estudo teve como limitações: Cadastro desatualizado; dados da ficha de evolução referente aos grupos não é digitalizado, portanto a dificuldade de entender a escrita das diversas caligrafias; fusão de grupos; dificuldade do idoso em lidar com telefone; visão de tratamento do participante, médico centrado; não comparecimento ao agendamento da entrevista; dificuldades para locomoção; dependência de terceiros; constrangimento de pedir ajuda a familiar ou responsável; mobilidade diminuída; acuidade visual diminuída; debilidades devido a tratamentos prolongados; excesso de zelo e proteção do cuidador.

## **CONCLUSÕES**

O estudo mostrou que os idosos diabéticos e hipertensos eram, na maioria do sexo feminino, cor branca, com nível de escolaridade fundamental, renda média de dois a cinco salários mínimos, com tempo de diagnóstico de DCNT de 11 a 20 anos. Maioria em inatividade física, com alimentação saudável todos os dias, não fumante e que não ingerem bebidas alcoólicas.

Semelhanças no perfil sócio demográfico dos indivíduos com frequência de mais de 50% na ação educativa comparados aos que apresentaram frequência menos de 50%.

O instrumento de avaliação aplicado permitiu concluir que a QV se manteve a mesma nos dois grupos.

Embora não sendo possível afirmar que no estudo o grupo educativo interferiu na qualidade de vida dos idosos, evidências científicas mostram que esta ação é uma estratégia importante como recurso na atenção básica em saúde, porém, apresenta fragilidades no que se refere a mudança de hábitos e tratamento não medicamentoso. Neste sentido, a atividade de educação em saúde precisa de readequação em sua estrutura com atendimento direcionado e planejado ao público alvo, para ter impacto na qualidade de vida de seus participantes. O aumento da população idosa no Brasil exige estratégias assertivas para o enfrentamento do novo perfil demográfico. Os profissionais de saúde devem traçar formas mais efetivas de abordagem e orientação e principalmente de supervisão e acompanhamento. É essencial o vínculo entre equipe e usuário. Ressalta-se que esse vínculo deve ultrapassar os limites físicos da Unidade de Saúde para gerar uma maior confiança e estimular a adesão e continuidade da atenção à saúde dos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis.

Esperamos que esse estudo possa sensibilizar profissionais e gestores quanto a necessidade de estratégias específicas e adequadas para pessoas com mais de 60 anos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. IBGE. Portal Eletrônico. Sobre a Condição de Saúde dos Idosos: Indicadores Selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília: disponível em <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009)>. Acessado em 20/12/14.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Maio2013/Versão Resumo. Brasília. Disponível em <<http://www.pnds.dgs.pt/>> Acessado em 18/04/14.
3. Sardinha AHL, Silva CG, Sena LB, Mesquita LLS, Rodrigues JB, Silva KNR . Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso. Rev Pesq Saúde.2015 set-dez; 16(3): 154-158.
4. Tavares DMS, Santos EA, Dias FA, Ferreira PCS, Oliveira PB et al. Fatores associados à Qualidade de Vida dos Idosos com Diabetes Mellitus. Rev enferm UFPE on line. 2014 Jun; 8(6):1491-501.
5. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad. Saúde Pública. 2013; 29( 6 ): 1217-1229.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. 2005. Editora da Organização Pan Americana de Saúde, Brasília: disponível em <<http://livroaberto.ibict.br/handle/1/899>>. Acessado em 19/12/14.
7. Andrade AO, Aguiar MIF, Almeida PC, Chaves ES, Araújo NVSS, Neto JBF. Prevalência da Hipertensão Arterial e Fatores associados em idosos. Rev Bras Promoç Saúde. 2014 jul/set; 27(3):303-311.
8. Brasil. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013. Classificação etiológica do Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica. 2013; 385p.
9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. Epidemiologia e prevenção do Diabetes Mellitus. São Paulo. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd-pdf>> Acessado em 19/04/14.
10. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes. Revista Brasileira de Hipertensão VI. Janeiro e Março de 2010. São Paulo. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes>> Acessado em 10/02/15.

11. Costa LS, Gadelha CA, Maldonado J. A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque. Rev. Saúde Pública [online]. 2012; vol.46, suppl.1, pp. 59-67. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102012000700009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102012000700009&script=sci_arttext) . Acessado em 19/12/14.
12. -Oliveira JEP, Vencio S, organizador. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015/2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016. <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
13. Alves G A, Aetis D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(1):319-325.
14. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, Silveira MF. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. Ciênc. Saúde coletiva (internet).2014 agosto;19(8):3497-3504. Disponível em < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-812320140000803497&Ing=em](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-812320140000803497&Ing=em)> Acessado em 5/06/15.
15. Marin MJS, Moravick MYAD, Rodrigues LCR, Santos SC, Santana FHS, Amorin D MR. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. REME (online).2013 abril(acesso em 27/05/15);17(3).
16. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde-FIOCRUZ; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acessado em 19/12/14.
17. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde (SUS). HiperDia. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acessado em 30 outubro 2016)
18. Nascimento SM, Pinheiro RS. Participação no programa de atividade física de idosos residentes em uma casa gerontológica no Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2012; 20(1):106-12.
19. Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DAS, Costa D, Costa JO, Raposa OFF, et. al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudanças de hábitos alimentares e peso corporal entre participantes de atividade física. Ciência e Saúde Coletiva. 2013; 18(2):347-356.

20. Favaro DTL, Sasaki NSGMSS, Vendramini SHF, Castiglioni L, Santos MLSG. Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemic parameters in individuals with diabetes and hypertension. *Invest. Educ. Enferm.* 2016; 34(2):314-322.
21. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, Silveira MF. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. Saúde coletiva* (internet). 2014 agosto; 19(8):3497-3504. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-812320140000803497&Ing=em](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-812320140000803497&Ing=em) Acessado em 5/06/15.
22. Ministério da Saúde (Brasil); Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Série B Textos Básicos em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2002; 56p. Disponível em <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cartas\\_promoção.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cartas_promoção.pdf)> Acessado em 18/05/15.
23. Fleck MPA, Leal OF, Louzada F, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 1999 jan/mar São Paulo v 21 n.1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=pt&nrm=iso)> Acessado em 20/12/14.
24. Fleck MPA, Chachamovich E & Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública.* 1999; 37. 793-799. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>>. Acessado em 20/12/14.
25. Bussab W, Morettin P. Estatística básica - Métodos Quantitativos. Ed Atual. São Paulo.
26. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. 1991 Geneva. World Health Organization.
27. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Acesso 2016 Maio 28. Disponível em: [www.mtps.gov.br/salario\\_mínimo](http://www.mtps.gov.br/salario_mínimo).
28. Faria HTG, Veras VS, Xavier AT da F, Teixeira CR de S, Zanetti ML, Santos MA dos. Qualidade de vida de pacientes com DM antes e após participação em programa educativo. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47(2):348-354.

- 
29. Tavares DM dos S, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PC dos S, Tavares VJH. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. Invest Educ Enferm. 2014; 32(3): 401-413.
30. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Souto HC. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. J. res.: fundam. care. Online. 2016 abr/jun; 8(2):4501-4509.
31. Cunha PRMS, Branco DRC, Bernardes ACF, Aguiar MIF de, Rolim ILTP, Linard AG. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. Rev Pesq Saúde.[internet] 2012; 13(3): 11-16. [acesso 2016 jan 30] Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455>
32. Costa IKF, Tibúrcio MP, Melo G de SM, Nunes Jde P, Néó MEM de Freitas, Torres G de V. Characterization of diabetics and hypertensive people monitored by the computerized system of registration and monitoring of hypertensive and diabetics. J Nurs enferm UFPE on line. 2012; 6(11): 2719-28.
33. Rodrigues FF L, Santos MA dos, Teixeira CR de S, Gonela JT, Zanetti M. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. Acta paul enferm. 2012; 25(2): 284-290.
34. Stival MM, Lima LR de, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2014; 17( 2 ): 395-405. [acessado 2016 Junho 30] Disponível em: <http://www.scielo.br>.
35. Ferreira M, Tozatti J, Fachin SM, Oliveira PP de, Santos RF dos, Silva MER da. Redução da mobilidade funcional e da capacidade cognitiva no diabetes melito tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab. [internet] 2014; 58 (9). [acessado 2016 Junho 30] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n9/0004-2730-abem-58-9-0946.pdf>.
36. Song IH, Kim SA, Park W-S. Effects of a hypertension management program by Seongcheon primary health care post in South Korea : na analysis of changes in the level of knowledge of hypertension in the period from 2004 to 2009. Health Education Research Advanced [internet]. 2012; 27(3):411-23. [Acesso 2016 jul

- 01] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22327807>
37. Cantão L, Fonseca LLK, Silva TIM, Oliveira M, Oliveira VC, Machado RM. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. *Rev Rene*. 2015 maio-jun; 16:355-62. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2760/2142>
38. Macedo RM, Oliveira MRP, Cilião MR, Prosdócimo ACG, Macedo ACB, França D, et.al. Nível de atividade física de idosos participantes de um programa de prevenção de doença cardiovascular. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2015 Dez [internet];6(3):11-20. [acesso 2016 junho 6]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/20901/17843>.
39. Freire RS, Lélis FL de O, Fonseca Filho JA da, Nepomuceno MO, Silveira MF. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2014; 20( 5 ): 345-349. [acesso 2016 Jun 18] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922014000500345&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922014000500345&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922014200502062>
40. Brasil. Ministério de Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Instituto Brasileiro de geografia e estatística. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2014. Rio de Janeiro.23-43.
41. Soares WD, Rocha PS, Barbosa JP, Soares PKD, Freitas DA. Estado Nutricional em Idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*. 2016; 1(2): 146-155.
42. Miranzi Sde SC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GdeA, Miranzi MASi. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17(4): 672-679.
43. Valério P, Ramos LR. Promoção de Atividade Física à população idosa: revisando possibilidades. *Revista Didática Sistêmica*. 2013; v15. n2 p.166-173. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/redsis/article/view/4158>.
44. Harriet JW, Demetra ML. Orientações Nutricionais em serviços de saúde: A percepção de idosos portadores de hipertensão e diabetes. *Demetra*:

- Alimentação, Nutrição & Saúde.2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/14051>>.
45. Cordeiro J, Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014 Setembro; 17( 3 ): 541-552.
46. Nascimento SM do, Pinheiro RS. Participação no programa de atividade física de idosos residentes em uma Casa Gerontológica no Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet.* 2013; 21(1): 47-52.
47. Matsumoto PM, Barreto ARB, Sakata KN, Siqueira YM do C, Zoboli ELCP, Fracoli LA. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46( 3 ): 761-765.
48. Mantovani M de F, Maciel KF, Pelinski A, Gaio DM, Fusuma F, Ulbrich EM. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de Experiência de atividade de extensão. *Ciênc. Cuid. Saúde* [internet]. 2011 Jan/Mar.; 10(1):157-161. [acesso 2016 Jan 30]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/artic le/view/10842>.
49. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(2): 377-384.
50. Mourão AR de C, Novais FV, Andreoni S, Ramos LR. Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceió, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(6): 1112-1122.
51. Soares WD, Rocha PS, Barbosa JP, Soares PKD, Freitas DA. Estado Nutricional em Idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade.* 2016; 1(2): 146-155.
52. Chaves G, Britez N, Munzinger J, Uhlmann L, Gonzalez G, Oviedo Get al . Educação para um Estilo de Vida Saudável Melhora Sintomas e Fatores de Risco Cardiovasculares – Estudo AsuRiesgo. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2015; 104(5 ): 347-355. [Acesso 2016 Jun 18] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2015000500002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2015000500002&lng=en).
53. Faria HTG, Santos MAdos, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela Jt, Teixeira CR de S, Zanetti ML. Adesão ao tratamento emDMem unidades da

- estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* .2014; 48(2):254-60.
54. Gandra FP de P, Silva KC, Castro CF, Esteves EA, Nobre LN. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o Diabetes Mellitus. *Rev Bras Promoção Saúde*.2011 out/dez. 24 (4): 322-331.
55. Veras VS, Araújo MFM de, Rodrigues FFL, Santos MA dos, Damasceno MMC, Zanetti ML. Assessment of metabolic control among patients in a capillary glucose self-monitoring program. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(3): 453-458.
56. Campos ACV, Ferreira EF e, Vargas AMD, Albala C. Aging gender and Quality of Life (AGEQOL) Study: factors good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes* [internet] 2014; 12:166. [acesso 2016 Jun 30]. Disponível em: <http://www.pubpdf.com/pub/25433521/Aging-Gender-and-Quality-of-Life-AGEQOL-study-factors-associated-with-good-quality-of-life-in-older->
57. Guimarães AC de A, Scotti A V, Soares A, Fernandes S, Machado Z. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012 ; 15( 4 ): 661-670.
58. Roncon J, Lima S, Pereira M da G . Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2015; 31(1): 87-96.
59. López-Jaramillo P, Sánchez R, Díaz M, Cobos L, Parra-Carrillo J, Lizcano F et al. Consenso Latino americano de hipertensión en pacientes con Diabetes Tipo 2 y Síndrome Metabólico. *rev.fac.med.* 2013; 21( 1 ): 113-135.
60. Mariana C de S, Flavia AD, Janaína SN, Darlene M dos ST. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. *Invest Educ Enferm.* 2016; 34(1): 180-188.

**ANEXOS**

**Anexo 1****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa chamada “ Grupo Educativo e qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos”

O objetivo da pesquisa é: Avaliar o impacto do grupo educativo na qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos.

Participar desta pesquisa é uma opção sua e há a possibilidade de desistência em qualquer momento, e isso não lhe causará nenhuma penalização ou prejuízo financeiro ou no tratamento. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma é sua e outra do pesquisador. Antes de qualquer coisa gostaríamos que soubesse que:

- a) A pesquisa é sigilosa, anônima e sua privacidade será preservada.
- b) Será analisado o resultado do teste, porém, sem nenhum procedimento invasivo.
- c) Não daremos contribuição alguma em dinheiro pela participação nesta pesquisa, sendo ela voluntária. Do mesmo modo, não cobraremos dinheiro algum para tal.

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada e concordo em participar da pesquisa” Impacto do grupo educativo na qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos”, à ser realizada com o apoio da FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, mentais ou financeiro. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

---

Assinatura do sujeito ou responsável legal

São José do Rio Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do Tel :17 996073834 Lúcia Rack

## ANEXO 2:

**Instrumento I: Questionário socioeconômico e Estilo de Vida**

**Pesquisa “grupo educativo e qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos”  
- Centro de Saúde Escola Estoril do município de São José do Rio Preto/ SP**

**Data Coleta**    **Dados:**    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    **PFJ:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sexo:** ( ) Masculino    ( ) Feminino    **Cor:** ( ) branco    ( ) preto    ( ) outros

**Estado civil:** ( ) solteiro    ( ) casado    ( ) separado/divorciado    ( ) viúvo

**Ocupação:** ( ) Aposentado    ( ) Sem renda    ( ) Trabalho com vínculo    ( ) Trabalho sem vínculo

**Escolaridade:**

( ) Analfabeto funcional    ( ) Ensino Médio completo

( ) Ensino Fundamental incompleto    ( ) Ensino Superior completo

( ) Ensino Fundamental completo    ( ) Pós Graduação

( ) Ensino Médio incompleto    ( ) Outros

**Renda Familiar total em salários mínimo :** ( ) até 1    ( ) 2 a 5    ( ) 6 a 10    ( ) mais de 10

**Quantas pessoas fazem parte do núcleo familiar no domicílio?** ( ) 1    ( ) 2    ( ) 3    ( ) 4  
( ) 5    ( ) mais de 5

**Faz quanto tempo o diagnóstico da primeira doença crônica?(HAS/DIABETES)** ( ) até 5 anos    ( ) 6 a 10 anos    ( ) 11 a 20 anos    ( ) 21 a 30 anos    ( ) Mais de 30 anos

**Estilo de vida**

**Você ingere bebidas alcoólicas?** ( ) Sim    ( ) Não    Com que frequência? ( ) 1 -2 vezes/ semana

( ) 3-4 vezes/ semana    ( ) 5-6 vezes/ semana    ( ) todos os dias    ( ) só em ocasiões especiais

**Você fuma?** ( ) Sim    ( ) Não

Se sim, há quanto tempo/anos: \_\_\_\_; Quantos cigarros por dia? ( ) até 5    ( ) até 10    ( ) até 20

( ) mais de 20

**Você faz Atividade Física/ Exercício Físico?** ( ) Sim    ( ) Não

Se sim quantas vezes por semana? ( ) 1-2 vezes /semana    ( ) 3-4 vezes/ semana

( ) 5-6 vezes/ semana    ( ) todos os dias    **Qual Atividade Física/Exercício você pratica?** ( ) Caminhada    ( ) Alongamento    ( ) Academia    ( ) Dança    ( ) Hidroginástica    ( ) Vôlei    ( ) Outros

**Você come carne, frutas, verduras, legumes, leite/ derivados ?** ( ) Sim    ( ) Não    Com que frequência?

( ) 1 -2 vezes/ semana    ( ) 3-4 vezes/ semana    ( ) 5-6 vezes/ semana    ( ) todos os dias

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck  
Professor Adjunto  
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre – RS - Brasil

## 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 de 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.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	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.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	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 nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) 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.

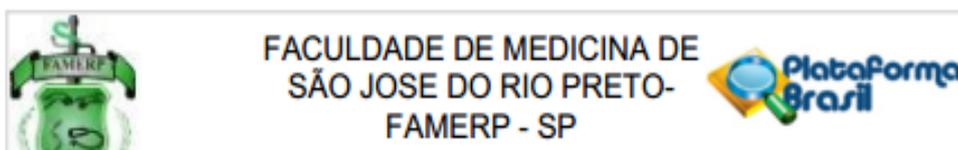
		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**ANEXO: 4****Aprovação do Projeto pelo CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Influência das Ações Educativas Nos Parâmetros Antropométricos e Glicêmicos em Portadores de Diabetes e Hipertensão

**Pesquisador:** DANIELLI TEIXEIRA LIMA FAVARO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17367013.1.0000.5415

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 306.358

**Data da Relatoria:** 16/07/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata - se de um estudo prospectivo, longitudinal de abordagem quantitativa, a ser realizado no período de março de 2012 a maio de 2014 no Centro de Saúde Escola Estoril no município de São José do Rio Preto, com portadores de diabetes e hipertensão cadastrados no HIPERDIA e que participam do grupo educativo da unidade de saúde. Serão registrados no prontuário e na ficha de evolução do grupo os procedimentos individuais: avaliação da glicemia capilar (jejum ou pós-prandial), da pressão arterial e das medidas antropométricas (peso, altura e circunferência abdominal) no início do grupo educativo (até seis meses antes), no 5º encontro e no último encontro será também analisada as variáveis sociodemográficas. Os dados coletados serão digitados, armazenados e processados através do programa Statistica, versão 9.0, da Statsoft.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a influência da participação em grupos educativos para o controle da diabetes e da hipertensão arterial, nos parâmetros antropométricos e clínicos.

**Objetivo Secundário:**

Analisar medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal (CA), pressão arterial (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), índice de massa corporal (IMC) antes e após a participação nas atividades educativas oferecidas pela equipe multiprofissional, em portadores de diabetes

## ANEXO: 5

**Comprovante de envio do manuscrito para publicação na Revista Brasileira de  
Enfermagem - REBEN**

02/11/2016 ScholarOne Manuscripts

☰ Revista Brasileira de Enfermagem

🏠 Home

✍ Author

---

## Submission Confirmation Print

---

**Thank you for your submission**

---

**Submitted to**  
Revista Brasileira de Enfermagem

**Manuscript ID**  
REBEn-2016-0589

**Title**  
Grupo educativo e qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos

**Authors**  
Santos, Lucia  
Santos, Maria de Lourdes  
Sasaki, Natália  
Favaro, Danielli  
Lourencao, Luciano  
Alves, Marcela  
Vendramini, Silvia

**Date Submitted**  
02-Nov-2016

---

---

---