

Qualidade de vida dos usuários do Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde do município de Guarapuava/PR

Quality of life of users of the Program Hiperdia of a Basic Health Unit in the city of Guarapuava/PR

Franciele Aparecida Amaral¹, Simone Mader Dall'Agnol², Cláudia Bernardes Maganinhi³, Nei Adão Ribeiro de Freitas⁴, Camila Kich⁵

1. Professora Especialista do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guairacá. Mestranda em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa.
2. Professora Especialista do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guairacá. Mestranda em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste.
3. Professora Mestre do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guairacá.
4. Fisioterapeuta.
5. Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guairacá.

CONTATO: Franciele Aparecida Amaral | Rua Palmira Karpinski Rocha, 1015 | Bairro Bonsucesso | CEP 85045-170 | Guarapuava | PR | E-mail: franciamaralft@yahoo.com.br

Resumo: **Objetivo:** Avaliar os aspectos socioeconômicos e a qualidade de vida (QV) de indivíduos Hipertensos e Diabéticos do programa HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **Material e Métodos:** Participaram 27 usuários do programa HIPERDIA. Foi utilizado o Questionário SF-36 e uma ficha de avaliação socioeconômica. **Resultados:** A média de idade foi de 56,93±10,14, 74% são mulheres, 63% são casados, 63% possuem hipertensão arterial sistêmica (HAS), 22,2% possuem HAS e diabetes, 14,8% diabetes, 70,4% possuem renda de 1 a 4 salários mínimos. Os valores médios dos domínios do questionário SF-36 foram superiores a 50 pontos. **Considerações finais:** A HAS é predominante. As mulheres são maioria, provavelmente devido à busca e à adesão por tratamento ser maior no gênero feminino. A QV foi positiva que pode ser reflexo do acompanhamento realizado na UBS.

PALAVRAS-CHAVE: *Diabetes mellitus*. Hipertensão arterial. Qualidade de vida.

Abstract: **OBJECTIVE** To evaluate the socioeconomic aspects and the quality of life of hypertensive and diabetic individuals of the program HIPERDIA of a Basic Health Unit (UBS). **MATERIAL AND METHODS** Twenty seven users of the program HIPERDIA participated in the study. SF-36 Questionnaire and a socioeconomic evaluation file were used. **RESULTS** The average age was 56,93 ± 10,14, 74% are women, 63% are married, 63% have systemic arterial hypertension (SAH), 22,2% have SAH and diabetes, 14,8% diabetes, and 70,4% have an income of 1 to 4 minimum wages. The medium values of the SF-36 questionnaire domains were above 50 points. **FINAL CONSIDERATIONS** SAH is predominant. Women are the majority, probably because the search for, and compliance with treatment are greater within the female gender. QV was positive, which may be a reflection of the follow-up undertaken at the UBS.

KEYWORDS: *Diabetes mellitus*. Arterial hypertension. Quality of life.

Introdução

As doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a *Diabetes mellitus* (DM) possuem múltiplas causas como a obesidade e o sedentarismo. As mesmas são caracterizadas por início gradual de prognóstico incerto, com duração longa ou efêmera. Apresentam curso clínico que se altera ao longo do tempo com possíveis crises de agudização, levando a incapacidades. Com isso, é necessário mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura¹.

No Brasil, as doenças crônicas constituem um problema de saúde pública com grande importância, correspondendo a 72% das causas de mortes, a HAS e a DM atingem respectivamente 23,3% e 6,3% dos brasileiros adultos². As doenças crônicas contribuem para a diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida (QV), ocasionando implicações importantes para a família, comunidade e o sistema de saúde. A incapacidade funcional representa a dificuldade em realizar as tarefas do dia a dia, sendo exemplos às atividades de vida diária (AVDs) como: tomar banho, vestir-se e alimentar-se³.

A DM é considerada um grupo de patologias metabólicas na qual ocorre a hiperglicemia devido a defeitos de insulina. O índice elevado da glicemia gera a lesão de vários órgãos, especialmente olhos, rins, coração e vasos sanguíneos⁴. A incidência de DM aumenta de forma alarmante em todo o mundo. A patologia afeta a QV e a sobrevida de pacientes por ela acometida. O impacto epidemiológico que produz é demonstrado nos crescentes números de morbidade e mortalidade, levando à cegueira, à retinopatia diabética, à insuficiência renal, e às amputações de extremidades inferiores⁵.

A HAS é considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), igual ou superior a 140x90 mmHg. Associa-se às alterações funcionais dos órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, com propensão de risco de eventos cardiovasculares¹⁻⁶. Representa um dos principais problemas de saúde e causa de morte, elevando o custo médico-social, devido às suas complicações como as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e insuficiência renal⁷. Para o tratamento da hipertensão é necessária a aceitação

quanto à terapêutica anti-hipertensiva por se tratar de uma doença crônica⁸.

Com o objetivo de reduzir a incidência das doenças crônicas como o DM e a HAS, o Ministério da Saúde implantou em 2002 o SisHiperdia, que consiste em um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM, gerando informações para os gestores das esferas municipais, estaduais e do Ministério da Saúde^{9,10}. Com o SisHiperdia é possível conhecer o perfil epidemiológico da comunidade, doenças concomitantes, monitorar o atendimento prestado e o fornecimento contínuo de medicamentos¹⁰. A Estratégia Saúde da Família (ESF) se destaca como estratégia da atenção básica para uma promoção da QV, por meio da prevenção, promoção e da recuperação da saúde¹¹.

A cronificação da HAS e DM gera um aumento no custo do tratamento e no monitoramento dos pacientes, gerando assim um impacto negativo na QV e capacidade produtiva dos indivíduos¹². Vê-se que QV é subjetiva, pois o seu conceito é subjetivo e depende das necessidades de cada indivíduo¹³. O termo QV é um conceito multidimensional, relacionado com as AVDs. A Organização Mundial da Saúde define QV como a percepção do indivíduo no contexto dos sistemas de cultura e de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁴.

Diante disso, a presente pesquisa visa avaliar os aspectos socioeconômicos e a QV dos indivíduos Hipertensos e Diabéticos do programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Guarapuava-PR.

Material e Métodos

O presente trabalho é um estudo observatório, prospectivo do tipo inquérito transversal e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) sob o parecer 1.639.372 de 12 de julho de 2016 de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho está registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos

com o número de registro RBR-3qd5gf. A coleta foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Recanto Feliz e na Associação de Moradores do bairro, no município de Guarapuava – PR, mediante autorização da Secretária Municipal de Saúde do Município de Guarapuava – PR.

Os usuários da UBS tiveram conhecimento das reuniões do programa HIPERDIA, através de informativos nos murais da UBS. A amostra contou com 27 participantes das reuniões do HIPERDIA no período de agosto a novembro de 2016 os quais estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. O indivíduo mais jovem possui 27 anos e o mais velho 74 anos conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto à idade.

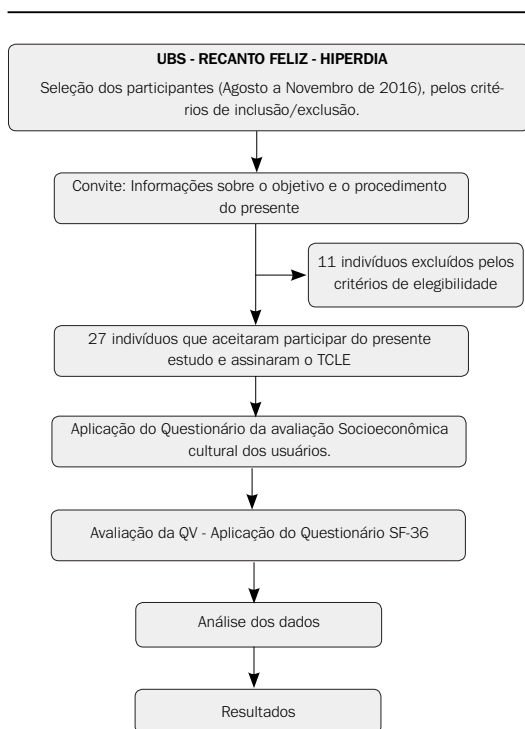
	N	Mínima	Máxima	Média ± DP
IDADE	27	27	74	56,93 ± 10,149

O convite foi individual e mediante a apresentação dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. Dessa forma, analisaram-se indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão como: usuários portadores de HAS e DM de ambos os gêneros cadastrados no programa SisHiperdia em acompanhamento pela equipe da UBS, usuários com idade acima de 18 anos, indivíduos cientes do desenvolvimento da pesquisa e que aceitaram as condições estabelecidas no trabalho e especificadas no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram excluídos indivíduos que apresentaram permanência temporária no bairro em que a UBS está localizada, viajantes, procedentes de outros bairros, analfabetos, crianças, usuários impossibilitados de responder ao questionário devido a problemas cognitivos, neurológicos e indivíduos que não aceitaram assinar o TCLE. Um total de 11 usuários foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios estabelecidos.

A intervenção consistiu na aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário da Versão Brasileira de Qualidade de Vida - SF-36 e ficha de avaliação socioeconômica cultural (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma com as etapas do desenvolvimento do trabalho.



A ficha de avaliação socioeconômica cultural foi elaborada pelo pesquisador com o intuito de analisar se o indivíduo é hipertenso e/ou diabético, portador de outras patologias e conhecer os fatores como saneamento básico, como o participante avalia a sua saúde e se atividades físicas estão presentes no cotidiano desses usuários entre outros aspectos.

O Questionário SF-36 é uma versão traduzida e validada no Brasil do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*, de fácil entendimento e aplicação¹⁵. Este instrumento foi validado e traduzido para o Brasil em 1999 através da Doutora Rozana Mesquita Ciconelli⁶.

O modelo do Questionário SF-36 contém 36 itens com 8 escalas de graduação para saúde: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens) estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens) saúde mental (cinco itens) que investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do

comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico e uma questão que compara a saúde atual com a de um ano atrás. O resultado varia de 0 a 100, sendo o total de zero como o pior índice de QV e cem como o melhor⁶. Desse modo, o cálculo do SF-36 é realizado transformando as questões em oito domínios, sendo que para cada domínio existe um cálculo diferente e o escore varia de zero a cem. O resultado é chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade em medida¹⁶.

A análise dos resultados foi realizada com o software SPSS-16. As variáveis numéricas/quantitativas foram verificadas quanto à normalidade pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. A idade e os domínios do questionário SF-36 apresentaram distribuição normal e foram expressos em média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas em frequência e porcentagem.

Resultados

Os valores médios dos domínios do questionário de QV referentes ao SF-36 foram superiores a 50 pontos, sendo que os domínios que apresentaram maiores escores foram capacidade funcional e saúde mental e estão expressos na Tabela 2. Esses resultados demonstram que os indivíduos que realizam atividades físicas em grupo, como a amostra do presente estudo realiza, possuem uma positiva qualidade de vida, sendo os exercícios responsáveis pela manutenção da capacidade funcional e a integração e socialização responsáveis pela boa qualidade na saúde mental.

Tabela 2. Valores por domínio do questionário SF-36.

	N	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Capacidade Funcional	27	25	100	74,07±18,710
Limitação por aspectos físicos	27	0	100	60,19±38,141
Dor	27	22	100	60,5±21,161
Estado Geral de Saúde	27	37	85	59,3±13,190
Vitalidade	27	40	85	62,41±12,039
Aspectos Sociais	27	37,5	100	73,61±18,776
Limitação por Aspectos Emocionais	27	0	100	59,22±29,725
Saúde Mental	27	44	96	72±15,171

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto a informações socioeconômicas.

		N	%
GÊNERO	Homens	7	25,92
	Mulheres	20	74,08
ESTADO CIVIL	Casado	17	63,0
	Solteiro	2	7,4
	Viúvo	6	22,2
	Divorciado	2	7,4
PRESENÇA DE DIABETES E/OU HIPERTENSÃO	Diabetes	4	14,8
	Hipertensão	17	63,0
	Hipertensão e Diabetes	6	22,2
PRESENÇA DE OUTRAS PATOLOGIAS	Não apresenta	16	59,3
	Obesidade	1	3,7
	Hérnia de disco	1	3,7
	Fibromialgia	2	7,4
	Artrose	5	18,5
ATIVIDADE FÍSICA	Osteoporose	1	3,7
	AVE	1	3,7
	Caminhada	10	37,0
	Ginástica	4	14,8
ATIVIDADE SOCIAL	Outra	13	48,1
	Igreja	22	81,5
	Reunião com amigos	2	7,4
	Grupo de idosos	2	7,4
MORA COM	Reunião com familiares	1	3,7
	Cônjuge	17	63,0
	Parentes	2	7,4
	Irmãos	1	3,7
	Filhos	5	18,5
CLASSIFICAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE	Sozinho	2	7,4
	Muito boa	3	11,1
	Boa	12	44,4
PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO	Regular	10	37,0
	Ruim	2	7,4
	Dinheiro	1	3,7
	Saúde	16	59,3
	Segurança	3	11,1
RENDA	Família	6	22,2
	Alimentação	1	3,7
	Menos de 1 salário	8	29,6
ORIGEM DA RENDA	1 a 4 salários	19	70,4
	Trabalho	12	44,4
	Aposentadoria	8	29,6
TOTAL	Pensão	6	22,2
	Não soube relatar	1	3,7
		27	100,0

A Tabela 3 ilustra a frequência e a porcentagem da amostra quanto aos aspectos sociais e econômicos, sendo a amostra caracterizada como: a maioria dos participantes são do gênero feminino, com estado civil casado(a), portadores de HAS, moram com o cônjuge, tem como preocupação maior a sua saúde, a renda salarial em torno de 1 a 4 salários mínimos. Todos os participantes deste estudo são alfabetizados. Quando questionados os participantes sobre saneamento básico, todos responderam que este é presente onde moram.

Discussão

Santos et al.¹⁷ demonstram em seu estudo que 58% de sua amostra possuía HAS, vindo de encontro aos resultados encontrados neste presente estudo em que a HAS está presente em 63% da amostra. Números semelhantes podemos encontrar na pesquisa de Nascimento et al.¹⁸ que estudaram duas UBSs, a maioria dos participantes eram portadores de HAS, sendo que na primeira unidade de saúde 221 pacientes inscritos no programa HIPERDIA, destes, 176 (79,6%) eram somente hipertensos e na segunda UBS com 178 pacientes inscritos no programa HIPERDIA, 151 (84,8%) são somente hipertensos, comprovando que o índice de indivíduos com HAS é superior. A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É uma doença assintomática e silenciosa que acomete homens e mulheres de todas as raças, classes sociais, idade, em especial a população idosa, sendo uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo. Uma das ferramentas disponíveis para prevenção é a educação em saúde, que visa propiciar o conhecimento, minimizar o acometimento da população por essas patologias e contribuir para uma melhor QV das pessoas envolvidas neste processo.

Já Silva et al.¹⁹, em seu estudo sobre a QV dos idosos, relatam que esta torna-se um assunto de extrema importância, pois é um tema complexo e muito relevante estando diretamente relacionado à promoção da saúde. Demonstraram que 75% da amostra eram do gênero feminino, e a maioria dos indivíduos avaliou a própria QV como positiva,

obtendo de Capacidade Funcional 62,5 pontos no SF-36 dados esses próximos deste estudo, em que a amostra estudada obteve 74,07 pontos no mesmo domínio.

Em seu estudo Reis e Cesarino²⁰ argumentam que a HAS e o DM têm entre suas complicações mais frequentes o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Encefálico (AVE), a doença renal, a insuficiência cardíaca, e as amputações de pés e pernas. No estudo de Ramos; Filha e Silva²¹, a maioria dos indivíduos, 76,9% da amostra, informou ter outros problemas de saúde. Neste trabalho não houve a presença da maioria destas enfermidades. Os participantes relataram possuir patologias como: fibromialgia, artrose, osteoporose, AVE e hérnia de disco. Isto pode ter ocorrido devido ao tamanho da amostra e à investigação ter sido realizada entrevistando os participantes e não por coleta direta no prontuário ou avaliação clínica.

Em relação ao gênero, esta pesquisa demonstrou que 74,08% da amostra eram mulheres. Silva; Suto e Costa²², em seu artigo, demonstraram uma maior prevalência de mulheres (76,94%). Mincoff; Bennemann e Martins²³, em seu estudo com participantes do HIPERDIA, verificaram que dos 250 idosos estudados, 63,6% eram mulheres. Assim, as mulheres são mais presentes nos estudos e provavelmente se cuidam mais, o que justificaria a predominância feminina nos serviços da atenção primária²⁴. Da mesma forma, o estudo de Dutra et al.²⁵ sugere que as mulheres têm mais percepção das doenças, bem como maior preocupação com a saúde em comparação com os homens.

Observou-se também nessa pesquisa que 63% (n=17) dos pacientes eram casados, mesmo resultado encontrado no estudo de Dutra et al.²⁵ com uma amostra composta por 30 usuários em que 63% (n=19) eram casados e no estudo de Formiga et al.²⁶ em que 60,9% idosos atendidos pelo HIPERDIA eram casados e 28,3% eram viúvos.

Na variável atividade física, esse estudo constatou que 48,1% das pessoas praticam alguma atividade física. O percentual obtido na pesquisa de Saraiva et al.²⁷ se aproxima dessa pesquisa, nela 41,9% da amostra praticavam atividade física. Com base nestes dados constatou-se semelhança

com outros estudos em que a atividade física foi referida por 56% dos entrevistados e evidenciou-se a caminhada como a mais frequente²⁸. Isto se deve provavelmente à influência da participação no grupo HIPERDIA, onde é realizada entre outras atividades a educação em saúde.

Nesse sentido, a prática de atividade física regular é uma conduta não farmacológica que deve ser incluída no tratamento de pacientes hipertensos, sendo que existe uma relação inversa entre a prática regular de exercícios e níveis pressóricos. A prática regular de exercícios físicos aeróbios diminui o risco de desenvolver doença cardiovascular, reduz a pressão arterial, traz benefícios respiratórios e musculares²⁹.

Girardi et al.¹⁵ citam em seu estudo sobre QV que 70,22% da amostra julgam sua saúde como boa. Nessa pesquisa a classificação subjetiva da saúde mostrou que 44,4% da amostra classifica a saúde como boa, já no estudo de Radigonda et al.³⁰, 42% da amostra classificou a autopercepção da saúde como boa ou muito boa.

Dentre as perguntas feitas no questionário socioeconômico cultural, 59,3% dos participantes têm como principal preocupação a saúde. Nesse sentido, a educação em saúde é o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Possibilita ainda o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social. A ESF se torna importante para a divulgação de informações para os usuários através de uma abordagem longitudinal e integral³¹.

Com relação à renda familiar, o estudo de Abreu e Portela³² evidenciou que 132 (66,0%) participantes conseguem manter-se com mais de um salário mínimo, enquanto que 68 (34,0%) têm uma renda menor que um salário mínimo, valor que se aproxima da porcentagem encontrada no presente estudo, o qual evidencia que 70,4% dos participantes possuem uma renda superior a um salário mínimo e 29,6% possuem uma renda menor que um salário mínimo, também corroborando com o estudo de Matias; Matias e Alencar³³, no qual

62,20% da amostra estudada possui uma renda entre 1 e 4 salários mínimos.

Nesse estudo os escores dos participantes obtidos no instrumento SF-36, apresentaram melhor percepção de QV nos domínios Capacidade Física, Aspectos Sociais e Saúde Mental, sendo que o pior escore obtido foi no domínio Limitação por Aspectos Emocionais, diferente do estudo de Mantovani et al.³⁴, com uma amostra de 387 participantes, que obtiveram os melhores escores na percepção de QV nos domínios Aspectos Sociais, Capacidade Física e Aspectos Emocionais, sendo que o pior escore obtido foi referente ao domínio Dor. Sugere-se que tal diferença, pode se dar por diversos fatores em relação a cada população estudada, e o tamanho da amostra.

No estudo de Polidoro e Kolling³⁵ sobre a avaliação da QV de pacientes hipertensos com uma amostra de 47 indivíduos e dentre os aspectos considerados no já citado questionário, os critérios melhor pontuados foram os Aspectos Sociais e Vitalidade, enquanto o pior aspecto foi limitação pela Dor, corroborando com o estudo de Mantovani et al.³⁴, e segundo Silva et al.²⁷, nos idosos, a dor é um fator que limita suas funções e prejudica suas AVDs. Ainda de acordo com Polidoro e Kolling³⁵ a dor possui tratamento, em sua maior parte, disponível no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica. Porém, nessa pesquisa o domínio Dor obteve pontuação melhor do que nos estudos citados, provavelmente porque os usuários recebem informações no grupo HIPERDIA pertinentes a consultas e medicação na UBS.

Diante do exposto acima as divergências encontradas provavelmente se devem a algumas limitações deste estudo como a ausência de um grupo controle para a comparação, o tamanho da amostra e pouco tempo de investigação.

Considerações Finais

Este estudo alcançou seu objetivo, pois o tema em questão é amplamente debatido e identificou em sua amostra que o índice de indivíduos com HAS é predominante em relação à DM, demonstrou que a maioria da amostra era composta pelo gênero feminino, e que a principal preocupação é a saúde.

O Questionário do SF-36 é um instrumento genérico que tem por objetivo avaliar a QV e transformar dados subjetivos em objetivos. Através do SF-36 constatou-se que o melhor desempenho foi nos domínios Capacidade Funcional com 74,07, e o pior nos Aspectos Emocionais com 59,22. No contexto geral a QV do grupo HIPERDIA da UBS obteve escores acima de 50 pontos, considerando-se como positiva.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de Atenção Básica, Hipertensão arterial sistêmica, Brasília: Ministério da Saúde; 2013; 1-128.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013; 5-7.
3. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, da Fonseca TCO, Laurenti R, et al. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad saúde pública*. 2007; 23(8): 1924-1930.
4. Jarrete AP, Zanesco A, Delbin MA. Assessment of endothelial function by flow-mediated dilation in diabetic patients: Effects of physical exercise. *Motriz-Rev. Educ. Física*. Jan./Mar. 2016; 22 (1): 3-11.
5. Machado LE, Campos R. O impacto da diabetes mellitus e da hipertensão arterial para a saúde pública. *Saúde e Meio Ambiente*. jul./dez. 2014; 3, (2): 53-61.
6. Chaves AS, Santos AMD, Alves MTSSD, Salgado Filho N. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev bras geriatr. Gerontol*. 2015; 18(3): 545-556.
7. Braz MM, Dos Santos SBA, Pivetta HMF. Qualidade de vida em diabéticos e hipertensos: estudo de casos em abordagem fisioterapêutica. *Cinergis*. 2014; 15(1): 24-29.
8. Hanus JS, Simões PW, Amboni G, Ceretta LB, Tuon LGB. Association between quality of life and medication adherence in hypertensive individuals. *Acta Paul Enf*. 2015; 28 (4): 381-387.
9. Silveira J, Scherer F, Deitos A, Dal Bosco SM. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estudo nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cad Saúde Colet*. 2013; 21 (2): 129-134.
10. Dos Santos Correia LO, Padilha BM, Vasconcelos SML. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. *Rev Ciênc. & Saúde Colet*. 2014; 19(6): 1685-1697.
11. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Cont. Enf. Out-Dez 2008*; 17 (4): 672-679.
12. Zavatini MA, Obrieli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enf. Dez*. 2010; 31 (4): 647-654.
13. Amaral TLM, Amaral CDA, Prado PRD, Lima NSD, Herculano PV, Monteiro GTR. Quality of life and associated morbidities among elderly persons registered with the Family Health Strategy of Senator

- Guimard in the state of Acre. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015; 18(4): 797-808.
14. Ludendorff Queiroz L, Silveira de Brito C, Gomes de Almeida F, Martins Pereira N, de Almeida Silva H, Pena Porto J, et al. Quality of life and impact of physical activity time in the health of elderly. Rev Fac Ciênc Méd. Sorocaba. 2016; 18 (1): 24-29.
15. Girardi CE, Heck R, Bobek ML, Benetti ERR, Stumm EMF, Colet CDF. Quality of life of people in living groups with *diabetes mellitus* type 2. J. Nurs. UFPE. Abr. 2015; 94 (4): 7239-7246.
16. Mannini J, Nascimento JS, Pelosi MB. A rotina ocupacional de pacientes implantados com cardiodesfibriladores. Cad Terap Ocup. 2015; 23 (1): 31-42.
17. Santos SLF, Filho DMB, Pessoa CV, Arraes MLBM, Prado RMS, Barros KBNT. Educação em saúde para idosos portadores de diabetes e hipertensão: um relato de experiência. Rev Saúde Púb. maio/ago. 2016; 9 (2): 93-104.
18. Nascimento MF, Borges NSF, Bastos TPL, Nogueira DS, Mota RM, Oliveira VCC, Mendonça BOM, Barros EJ. Fatores determinantes da hipertensão arterial sistêmica em dois grupos de hiperdia em um município goiano. Rev Fac Montes Belos. 2015; 8 (4): 163-202.
19. Silva PLN, Teixeira CIBF, Soares ED, Alves CR. Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. Rev Univ Vale do Rio Verde Ago./Dez. 2016; 14 (2): 24-35.
20. Reis AFN, Cesarino CB. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no hiperdia de São José do Rio Preto. Ciênc Cuid Saúde. Jan/Mar 2014; 15(1): 118-124.
21. Ramos JS, Filha FSSC, Silva RNA. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do Hiperdia. Rev Gest Sist Saúde – RGSS. Jan/Jun. 2015; 4 (1): 29-39.
22. Silva FO, Suto CSS, Costa LEL. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. Rev Saúd Coletiva. Dez. 2015; 5(1): 33-39.
23. Mincoff RCL, Bennemann RM, Martins MC. Nutritional status of elderly participants of the Hiperdia system: socio-demographic characteristics and blood pressure. Rev Rene, Set-Out. 2015; 16(5): 746-753.
24. Pereira MCA, Barros JPP. Públicos masculinos na estratégia de saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. Psic & Soc. 2015; 27(3): 587-598.
25. Dutra DD, Duarte MCS, De Albuquerque KF, De Lima AS, De Souza Santos J, Souto HC. Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. Rev Pesq Cuidado é Fundamental Online. 2016; 8(2): 4501-4509.
26. Formiga LMF, Brito BB, Oliveira EAR, Sousa LSN, Lima L HO, Feitosa PC. Perfil dos idosos atendidos no Hiperdia que fazem uso da polifarmácia. Rev Enf. Abr/Jun 2015; 4(2): 40-47.
27. Saraiva LGF, Dornelas PG, Cau SBA, Calábria LK. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma rede ambulatorial do Hiperdia Minas em Governador Valadares-MG. Rev Atenç à Saúde. Abr./Jun. 2016; 14 (48): 40-47.
28. Silva PL, Rezende MP, Ferreira LA, Dias FA, Helmo FR, Silveira FCO. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com *diabetes mellitus* cadastrados no programa saúde da família. Rev Eletrôn trim. Enf. Jan. 2015; 37: 52-62.
29. Bandeira AC, Castro PA, Vial DDS. Contribuição do profissional fisioterapeuta na melhoria da qualidade de vida de pessoas hipertensas. Rev FAIPE. 2016; 5(1): 79-89.
30. Radigonda B, Souza RKT, Junior LC, Silva AMR. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. Epidemiol. Serv Saúde. jan-mar 2016; 25(1):115-126.
31. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTDS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. Saúde debate. 2014; 38(101): 328-337.
32. Abreu WA, Portela NLC. Concomitant disease prevalence and complications in hypertensive of an area of "health family strategy" of Caxias-MA. Rev Univap. jul.2016; 22 (39): 16-26.
33. Matias COF, Matias COF,(? nome repetido? melhor retirar) Alencar BR. Qualidade de vida em idosos portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. R Bras Qual Vida. abr./jun. 2016; 8 (2): 119-129.
34. Mantovani MF, Mattei AT, Ulbrich EM, Bortolato-Major C, Moreira RC, Hereibi MJ. Life quality and hypertensive adult's medication adherence. Rev Enf. UFPE online. jun., 2016; 10 (6): 1918-1922.
35. Polidoro AA, Kolling MG. Qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde. Rev Bras Med Fam. Comunidade. Jan-Dez, 2016; 11(38): 1-7.

DATA DE SUBMISSÃO: 10/03/2017

DATA DE ACEITE: 21/05/2017