

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

SARA NEVES RIBEIRO

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS PACIENTES
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SANTA LÚCIA, MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES**

SÃO MATEUS-ES

2021

SARA NEVES RIBEIRO

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS PACIENTES
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SANTA LÚCIA, MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação.

Orientadora: Prof. Dr. José Roberto Gonçalves de Abreu

SÃO MATEUS-ES

2021

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

R484a

Ribeiro, Sara Neves.

Atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos na unidade de saúde da família de Santa Lúcia, município de Presidente Kennedy - ES / Sara Neves Ribeiro – São Mateus - ES, 2021.

94 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2021.

Orientação: prof. Dr. José Roberto Gonçalves de Abreu.

1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus. 3. Atenção primária à saúde. 4. Fisioterapia. I. Abreu, José Roberto Gonçalves de. II. Título.

CDD: 615.82

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

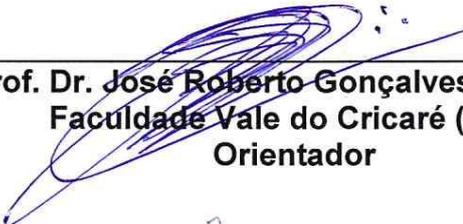
SARA NEVES RIBEIRO

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE
DOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA LÚCIA, MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE KENNEDY-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovada em 22 de outubro de 2021.

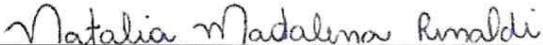
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. José Roberto Gonçalves de Abreu
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Dra. Natalia Madalena Rinaldi
Centro de Educação Física e Desportos da
Universidade Federal do Espírito Santo (CEFD/UFES)

RESUMO

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são consideradas um grave problema de saúde pública, devido às relevantes taxas de morbidade e mortalidade, além de serem consideradas como importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares. Nesse contexto, este estudo buscou responder à seguinte questão-problema: Como a inserção do fisioterapeuta nas unidades básicas de saúde pode contribuir para a redução ou controle dos níveis glicêmicos e dos valores de aferição da pressão arterial, dos pacientes diabéticos e hipertensos? Para responder ao problema da pesquisa, o objetivo deste estudo é descrever o papel do profissional Fisioterapeuta na promoção da Saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia, no município de Presidente Kennedy-ES. Como objetivos específicos, se buscou descrever a atuação do fisioterapeuta na promoção da Saúde dos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão Arterial da Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia; identificar, com base na literatura da área, em que medida a composição de um fisioterapeuta à ESF promoveria a redução dos agravos e a melhoria da qualidade de vida, principalmente no que concerne às incapacidades funcionais decorrentes de patologias crônicas como a Diabetes de Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica; avaliar os possíveis desafios encontrados pelo fisioterapeuta para a efetivação da promoção da saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos na Unidade de Saúde; e propor um projeto para a inserção do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares das unidades de saúde do município. O estudo foi realizado, primeiramente, por meio de uma revisão bibliográfica e posteriormente foi desenvolvido por meio de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualiquantitativa (métodos mistos), através de um estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa foram 97 pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial atendidos na unidade de saúde Santa Lucia, no município de Presidente Kennedy-ES. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário estruturado. Inicialmente, os dados quantitativos coletados foram tabulados e analisados através de estatística descritiva das variáveis, através de frequência absoluta e percentual. Os dados qualitativos foram analisados por meio de categorias de análise. A população foi composta majoritariamente por mulheres, com maior número de indivíduos com mais de 60 anos e baixa escolaridade. Dentre estes, um maior percentual de pessoas com hipertensão e o restante com hipertensão e diabetes, não havendo nenhum respondente somente diabético. As comorbidades, em sua maioria, envolveram taxas alteradas de colesterol e triglicérides e a deficiência visual foi bastante significativa, atingindo quase a totalidade da amostra. Os resultados demonstraram que os pacientes consideram que manter uma dieta equilibrada e fazer atividades físicas regulares são a parte mais difícil do tratamento, o que explica o alto número de sedentários na amostra e o número reduzido de praticantes de atividades. Também se constatou que as atividades de lazer são desenvolvidas por uma pequena parcela da amostra. Após a pesquisa, foi possível concluir que os profissionais de fisioterapia são essenciais para a identificação das necessidades educacionais e dos aspectos nos quais as pessoas com hipertensão e diabetes precisam ser apoiadas, para um controle adequado da doença.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Atenção Primária, Fisioterapia.

ABSTRACT

Diabetes mellitus and arterial hypertension are considered a serious public health problem, due to the relevant morbidity and mortality rates, in addition to being considered important risk factors for cardiovascular diseases. In this context, this study sought to answer the following question-problem: How can the insertion of physical therapists in basic health units contribute to the reduction or control of diabetic and hypertensive patients? To answer the research problem, the aim of this study is to describe the importance of the Physiotherapist professional in promoting the health of diabetic and hypertensive patients at the Family Health Unit of Santa Lúcia, in the city of Presidente Kennedy-ES. As specific objectives, we sought to carry out a survey of diabetic and hypertensive patients monitored at the Santa Lúcia Health Unit; to describe the benefits of the physiotherapist's role in promoting the health of patients with diabetes mellitus and arterial hypertension at the Santa Lúcia Family Health Unit; to identify, based on the literature in the area, to what extent the composition of a physical therapist at the ESF would promote the reduction of injuries to and the improvement of quality of life, especially with regard to functional incapacities resulting from chronic pathologies such as Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension; evaluate the possible challenges encountered by the physiotherapist for the effectiveness of health promotion for diabetic and hypertensive patients in the Health Unit; and propose a project for the insertion of the physiotherapist in the multidisciplinary teams of the city's health units. The study was carried out, firstly, through a literature review and later it was developed through descriptive and exploratory research, with a qualitative and quantitative approach (mixed methods), through a case study. The research subjects were 97 patients with diabetes and arterial hypertension treated at the Santa Lucia health unit, in the city of Presidente Kennedy-ES. The instrument for data collection was a structured questionnaire. Initially, the quantitative data collected were tabulated and analyzed using descriptive statistics of the variables, through absolute and percentage frequency. Qualitative data were analyzed using analysis categories. The population was mostly made up of women, with a greater number of individuals over 60 years of age and with a low level of education. Among these, a higher percentage of people with hypertension and the rest with hypertension and diabetes, with no single diabetic respondent. Most comorbidities involved altered levels of cholesterol and triglycerides and visual impairment was quite significant, reaching almost the entire sample. The results showed that patients consider that maintaining a balanced diet and doing regular physical activities are the most difficult part of the treatment, which explains the high number of sedentary individuals in the sample and the reduced number of exercisers. It was also found that leisure activities are developed by a small portion of the sample. After the research, it was possible to conclude that physiotherapy professionals are essential to identify the educational needs and aspects in which people with hypertension and diabetes need to be supported, for an adequate control of the disease.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, Primary Care, Physiotherapy.

LISTA DE SIGLAS

ADA	<i>American Diabetes Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPG	Teste de Glicemia de Jejum
HÁ	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IMC	Índice de Massa Corporal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sexo e idade da amostra.....	40
Figura 2 – Escolaridade da amostra.....	41
Figura 3 – Doença de base.....	43
Figura 4 – Doenças associadas.....	43
Figura 5 – Fator de risco associado.....	45
Figura 6 – Deficiências associadas.....	45
Figura 8 – Utilização dos medicamentos.....	47
Figura 9 – Utilização correta dos medicamentos.....	48
Figura 10 – Atividades da vida diária.....	51
Figura 11 – Quedas sofridas nos últimos 6 meses.....	52
Figura 12 – Atividades físicas e de lazer.....	53
Figura 13 – Intervenção fisioterapêutica.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O DIABETES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL	15
2.1.1 A Hipertensão Arterial	15
2.1.2 O Diabetes Mellitus	18
2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
2.5 O FISIOTERAPEUTA COMO MEMBRO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	30
3 METODOLOGIA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.3 COLETA DE DADOS	40
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	42
4.2 PERFIL CLÍNICO	44
4.3 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	48
4.4 AUTONOMIA FUNCIONAL E MOBILIDADE.....	52
4.5 ATIVIDADES FÍSICAS E DE LAZER	55
4.6 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO.....	57
5 PRODUTO EDUCATIVO	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	73
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE C – PRODUTO EDUCATIVO	78

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	90
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	91

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por uma transição demográfica, ocasionada por uma redução de suas taxas de mortalidade e fecundidade, aumentando a proporção da população com idade superior a 50 anos. Este perfil populacional ocasiona mudanças na organização dos sistemas de saúde, pois a frequência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é maior, sendo estas responsáveis por uma porcentagem considerável do total de patologias no país. Dentre estas doenças, o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA) se destacam, devido às relevantes taxas de morbidade e mortalidade, além de serem consideradas como importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares (MIELCZARSKI et al., 2012).

Aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população mundial é hipertensa e a prevalência de diabetes tipo 2 gira em torno de 6-8% da população adulta. Tanto a hipertensão quanto o diabetes são fatores de risco independentes para doenças cardiovasculares e, quando coexistem, têm efeito multiplicador sobre o risco de complicações macro e microvasculares (ARAGÃO et al., 2017).

O diabetes mellitus é uma das doenças de maior risco para o desenvolvimento de doença coronariana, estimando-se que, em relação à população em geral, seja entre duas e quatro vezes maior, sendo a causa de 86% das mortes em pessoas com diabetes. Por sua vez, aumentos de 5 mmHg nos valores da pressão arterial, seja sistólica ou diastólica, estão associados a um aumento de 20-30% nas doenças cardiovasculares (SARNO et al., 2020).

A hipertensão é uma comorbidade extremamente frequente em diabéticos, afetando 20-60% dessa população. A prevalência de hipertensão na população diabética é 1,5-3 vezes maior do que em não diabéticos e contribui para o desenvolvimento e progressão das complicações crônicas do diabetes (PICON et al., 2017).

Segundo Picon et al. (2017), o momento e a apresentação da hipertensão diferem entre diabéticos tipo 1 e diabéticos tipo 2. Em pacientes com diabetes tipo 1, a hipertensão se desenvolve após vários anos de progressão da doença e geralmente reflete o desenvolvimento de nefropatia diabética, indicada por níveis elevados concomitantes de albumina urinária e, nos estágios tardios, por uma

diminuição na taxa de filtração glomerular, afetando aproximadamente 30% dos pacientes.

Em pacientes com diabetes tipo 2, a hipertensão pode estar presente no diagnóstico ou mesmo antes do desenvolvimento da hiperglicemia e costuma fazer parte de uma síndrome que inclui intolerância à glicose, resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e doença arterial coronariana, constituindo a chamada síndrome X ou síndrome metabólica (MALTA et al.2015).

De acordo com Reynolds et al. (2018), existem extensas evidências epidemiológicas indicando que indivíduos diabéticos com hipertensão têm um risco acentuadamente aumentado de doença cardiovascular, insuficiência renal e retinopatia diabética. Essa associação é ainda mais dramática quando pacientes com hipertensão sistólica moderada e intolerância à glicose de jejum (sem serem diabéticos como tal) apresentam maior mortalidade por eventos cardiovasculares.

Ao coexistirem, essas doenças aumentam o risco de morbidade por doenças cardiovasculares em até oito vezes e em mais de duas vezes o risco de mortalidade por esse mesmo problema. Os fatores envolvidos nesta associação incluem o fato das duas entidades aumentarem em frequência com a idade, por terem fatores predisponentes comuns, pela HA ser secundária a complicações do diabetes, geralmente nefropatia, no diabetes tipo 1 e pelo fato da HA nos diabéticos tipo 2 poder aparecer mais cedo ou estar relacionada à nefropatia diabética (ARAGÃO et al., 2017).

Embora não esteja totalmente claro se a prevalência é maior no diabetes tipo 1 do que no tipo 2, naqueles diabéticos do tipo 1 a incidência de pacientes com hipertensão chega a cerca de 40%. O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença muito comum, cuja prevalência tem aumentado nas últimas décadas, consequência de uma série de fatores, entre os quais se destaca a maior longevidade da população e o aumento progressivo da obesidade e do sedentarismo. A hipertensão arterial na diabetes tipo 2 tem um efeito deletério na velocidade de aparecimento e progressão das complicações típicas da doença de base, nomeadamente nefropatia e retinopatia (SARNO et al., 2020).

O não tratamento dessas doenças acarreta sérias complicações, exigindo investimentos cada vez mais expressivos do sistema de saúde, pois indivíduos que apresentam complicações demandam custos bem mais elevados do que aqueles sem complicações (SILVEIRA et al., 2010).

Segundo Sarno et al. (2020), normalmente, o atendimento ao paciente crônico consiste em uma consulta concedida mensalmente nas unidades de saúde da atenção primária, com apoio das equipes multiprofissionais de saúde para complementar o cuidado. No entanto, tem sido apontados problemas importantes no manejo de pacientes com doenças crônicas, como alta proporção de diagnósticos tardios, até 70% de pacientes descompensados, uso inadequado de medicamentos e erros no fornecimento de recomendações sobre dieta e exercícios.

Tal situação gera a necessidade dos serviços de saúde permanecerem em constante evolução para responder às demandas da população, com oportunidade e eficácia, com foco no paciente. Na busca por alternativas que ajudem a melhorar o atendimento aos doentes crônicos e torná-los viáveis no contexto dos sistemas públicos de saúde, a experiência internacional diversificada tem mostrado que a equipe multiprofissional é um componente chave para fornecer educação, prevenção e cuidados (REINOLDS et al., 2018).

A equipe, que deve complementar o manejo médico que os pacientes crônicos recebem, também deve realizar atividades de prevenção, como a educação do paciente sobre as causas da doença, mudança para estilos de vida saudáveis, informações oportunas sobre autocuidado, prevenção de riscos e disciplina no tratamento (ALELUIA et al., 2017).

O profissional fisioterapeuta faz parte da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, em geral, se concentra somente em atividades de reabilitação, contribuindo também com ações de cuidado domiciliar de pacientes crônicos. No entanto, sua participação no cuidado de pacientes crônicos tem sido limitada.

De acordo com Acioli e Neves (2011), o fisioterapeuta, por meio da educação técnica que possui para compreender os processos que intervêm nas doenças crônicas pode intervir nesses distúrbios, influenciando na prevenção e melhora na qualidade de vida desses pacientes na atenção básica.

Assim, é de grande relevância o atendimento primário às pessoas com DM e HA, face à necessidade de ampliação das ações básicas direcionadas aos cuidados dessa população e à prevenção de possíveis complicações resultantes do mau controle dessas doenças (PINTO et al., 2018).

Nesse contexto, este estudo buscará responder à seguinte questão-problema: Como a inserção do fisioterapeuta nas unidades básicas de saúde pode contribuir

para a redução ou controle dos níveis glicêmicos e valores de aferição de pressão arterial?

O estudo foi desenvolvido em cinco capítulos, onde o primeiro se refere à esta introdução, apresentando um panorama geral do tema, bem como a justificativa e os objetivos. No capítulo dois é apresentado o referencial teórico, onde foi apresentada a literatura voltada aos conceitos da hipertensão arterial e diabetes mellitus, a concepção da atenção primária à saúde e da estratégia saúde da família e como a educação em saúde é trabalhada nestas unidades e, por fim, o papel do fisioterapeuta nas equipes multiprofissionais na atenção primária.

No capítulo três, foi apresentada a metodologia da pesquisa, descrevendo o tipo de estudo, a população e amostra e como ocorreu a coleta e a análise dos dados. O capítulo quatro se dedicou aos resultados obtidos na pesquisa, apresentando o perfil sociodemográfico da amostra, o perfil clínico, a adesão ao tratamento, as condições de mobilidade e autonomia, as atividades físicas e de lazer e o atendimento fisioterapêutico desses pacientes. No capítulo cinco foi apresentado o produto final desta dissertação e, em seguida, são delineadas as considerações finais da pesquisadora.

1.1 JUSTIFICATIVA

A transição epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida da população, o aumento de doenças crônico-degenerativas e dos problemas associados à vida nas cidades levaram ao colapso dos sistemas de saúde cujas ações eram centradas exclusivamente na cura das doenças. Diante disso, diferentes modelos assistenciais foram propostos e implementados, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), com ações integradas e articuladas de promoção à saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação (RASELLA et al., 2014).

Os profissionais da atenção básica possuem papel essencial no cuidado aos pacientes diabéticos e hipertensos. Dentre eles, o fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, é capaz de planejar, implementar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma ação integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso (RAGASSON et al., 2006).

Como parte da equipe multiprofissional, o fisioterapeuta é qualificado para contribuir com alternativas que visem a melhoria da saúde da população com doenças crônicas, através de uma intervenção que forneça atendimento integral aos pacientes com DM e HA, em um conceito de atenção integral, que busca a satisfação das necessidades e expectativas de saúde da população, com enfoque individual, familiar e comunitário, por meio de melhorias na organização de sistemas, processos e métodos de trabalho (LOPES; GUEDES, 2019).

No município em estudo, a fisioterapia atua somente na reabilitação de pacientes. Entretanto, entende-se que a fisioterapia na atenção primária e na saúde comunitária opera não somente na avaliação, diagnóstico e tratamento, mas também na prevenção e promoção da saúde de todos os usuários do sistema de saúde e das comunidades.

Assim, devido à formação e atuação profissional da pesquisadora, graduada em fisioterapia, entende-se importante trazer um maior conhecimento sobre a temática. O trabalho neste nível, portanto, torna-se uma atividade de grande importância no desenvolvimento de iniciativas de prevenção e controle de diversos problemas de saúde, com o desenvolvimento de novas estratégias, especialmente no domínio das doenças crônicas, atuando na promoção da saúde e bem-estar da população.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever o papel do profissional Fisioterapeuta na promoção da Saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia, no município de Presidente Kennedy-ES.

1.2.2 Objetivos Específicos

Descrever a atuação do fisioterapeuta na promoção da Saúde dos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão Arterial da Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia;

Identificar, com base na literatura da área, em que medida a composição de um fisioterapeuta à ESF promoveria a redução dos agravos à e a melhoria da qualidade de vida, principalmente no que concerne as incapacidades funcionais decorrentes de patologias crônicas como a Diabetes de Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica;

Avaliar os possíveis desafios encontrados pelo fisioterapeuta para a efetivação da promoção da saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos na Unidade de Saúde;

Propor um projeto para a inserção do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares das unidades de saúde do município.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O DIABETES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Apesar da melhoria dos cuidados de saúde, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam sendo a principal causa de mortalidade para homens e mulheres em todo o mundo e dentre os seus fatores de risco, a hipertensão arterial e o diabetes são considerados os mais importantes.

2.1.1 A Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HA), uma elevação da pressão arterial (PA) que atinge um ponto de corte para o diagnóstico médico, é um fator de risco principal modificável para DCV, sendo uma das principais causas de mortalidade. tal situação ocorre devido ao fato da HA ser assintomática mesmo em valores críticos (>180/120 mmHg) (PICON et al., 2017).

De acordo com Bundy et al. (2017), principalmente em países em desenvolvimento, a hipertensão é um grande problema de saúde pública, sendo o fator de risco cardiovascular mais importante devido ao seu grande impacto populacional, sendo fundamental dedicar todos os esforços possíveis para aumentar substancialmente o número de hipertensos diagnosticados em uma determinada área e melhorar o percentual de pacientes controlados.

Segundo Jordan et al. (2018), estima-se que 54% dos acidentes vasculares cerebrais e 47% dos casos de cardiopatia isquêmica são consequência direta da hipertensão, que se posiciona entre os principais fatores de risco para morbimortalidade cardiovascular. Apesar da associação epidemiológica entre hipertensão e morbidade e mortalidade cardiovascular ser bem conhecida, e apesar do fato de existirem evidências suficientes para justificar o tratamento anti-hipertensivo, a pressão arterial muitas vezes não é controlada de forma adequada, seja porque não é medida, porque o médico deixa de reagir diante de valores elevados da PA, porque o tratamento não é fornecido de maneira ideal ou porque o paciente não toma a medicação necessária regularmente.

Em pacientes que sofrem de HA resistente ao tratamento, a PA não pode ser controlada de forma adequada, mesmo que o paciente tome a medicação prescrita

regularmente. Em pacientes com hipertensão essencial, nenhum dos métodos clínicos atualmente disponíveis pode detectar uma causa específica da pressão arterial elevada. Causas de hipertensão secundária, como estenose da artéria renal, hiperaldosteronismo ou feocromocitoma, devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, principalmente em pacientes mais jovens e com pressão arterial de difícil controle. Os tipos secundários de hipertensão requerem abordagens diagnósticas e terapêuticas específicas (CARDOSO et al., 2020).

A pressão arterial elevada pode ser causada por débito cardíaco elevado, resistência vascular periférica elevada ou uma combinação de ambos. Cada um desses mecanismos é regulado, por sua vez, por processos hemodinâmicos, neurais, humorais e renais, os quais variam em sua contribuição de um indivíduo para outro. À medida que as pessoas envelhecem, a causa predominante da HA tende a ser a resistência vascular periférica elevada, muitas vezes em combinação com o aumento da rigidez dos vasos, que se manifesta clinicamente como hipertensão sistólica isolada. O agrupamento familiar implica uma predisposição genética, cuja interação com fatores ambientais, como a ingestão de sal e calorias e o grau de exercício físico, em última análise, determina o quão grave será o aumento da PA (TORTORELLA et al., 2017).

Segundo Cardoso et al. (2020), o valor limite de 140/90 mmHg é utilizado para a definição da pressão alta, quando medida em um consultório médico, devendo ser feitas pelo menos três medições em cada um dos vários dias, com 1-2 minutos entre as medições e com uma pausa de 3-5 minutos antes da PA ser medida com o paciente sentado, quando as condições ideais para a medição da PA devem ser mantidas.

Quando a PA é medida pela primeira vez, deve ser feita em ambos os lados. Se a diferença nos valores obtidos nos dois lados for >20 mmHg sistólica ou >10 mmHg diastólica, as causas potenciais devem ser excluídas e, se a pressão arterial estiver mais baixa no lado esquerdo, a possibilidade de istmo aórtico estenose deve ser considerada (SANTIAGO et al., 2019).

A natureza assintomática da HA faz com que a conscientização, o tratamento e o controle efetivo sejam desafios significativos que o sistema de saúde enfrenta. Segundo Tortorella et al. (2017), entre os indivíduos que estão cientes do seu diagnóstico de hipertensão e que recebem tratamento, cerca de um pouco menos de 50% são efetivamente controlados. Tal situação pode ser devido a

questões significativas relacionadas à adesão à medicação, já que aproximadamente metade dos pacientes deixa de tomar seus medicamentos dentro de 1 ano. Segundo Cardoso et al. (2020), mesmo os pacientes que permanecem aderentes ao consumo de medicamentos e demonstram hipertensão controlada em repouso podem ainda demonstrar respostas exageradas da PA ao exercício, o que está associado a aumento do risco de eventos cardiovasculares maiores e mortalidade.

Para Santiago et al. (2019), a detecção precoce e o manejo eficaz da hipertensão são importantes e podem resultar em reduções significativas na mortalidade, taxa de morbidade e custos de saúde. Cada aumento de 10% no tratamento eficaz para hipertensão poderia prevenir 14.000 mortes adicionais por ano na população adulta. No entanto, o manejo da hipertensão continua a ser um desafio considerável no setor de saúde.

Terapias seguras e eficazes para hipertensão estão disponíveis e a importância de se obter um controle otimizado da PA por meio do uso dessas terapias é cada vez mais reconhecido. Os esforços para entender o controle insuficiente da PA geralmente se concentram na adesão do paciente à terapia e nas suas características associadas à não adesão (TORTORELLA et al., 2017).

As barreiras para o manejo eficaz de pacientes com HA não controlada incluem restrições de tempo de manejo do paciente, padrões de prática médica, efeitos adversos dos medicamentos e a complexidade da prescrição e/ou monitoramento dos regimes de medicamentos existentes. Existem também fatores específicos do paciente que afetam o manejo bem-sucedido da HA, que inclui falta de adesão à terapia, acesso limitado aos cuidados, barreiras financeiras relacionadas ao custo dos medicamentos e falta de conhecimento sobre a gravidade da HA não controlada. A qualidade da interação entre o paciente e os profissionais de saúde também pode ser importante para prever a prestação adequada de cuidados médicos (SANTIAGO et al., 2019).

2.1.2 O Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é uma doença crônica que demanda um cuidado individual, a fim de se prevenir suas complicações, além do acompanhamento a

longo prazo, evitando custos sociais e econômicos excessivos para os doentes, sociedade e famílias (SILVEIRA et al., 2010).

A doença possui dois tipos mais prevalentes. O diabetes insulino-dependente, ou tipo 1 (DM1), diagnosticado geralmente em indivíduos jovens ou crianças, ocasionado pela pouca ou nenhuma produção de insulina; e o tipo 2 (DM2), mais prevalente, que aparece de forma insidiosa, especialmente em adultos. Dentre as formas menos comuns estão o diabetes gestacional, aquelas que surgem devido a defeitos genéticos das células do pâncreas e da ação da insulina, e o DM induzido por infecções, agentes químicos ou fármacos, como pode ser observado no quadro abaixo (GUIDONI et al., 2009).

O DM1 ocorre porque as células produtoras de insulina do pâncreas (células beta) estão danificadas. Neste tipo, o pâncreas produz pouca ou nenhuma insulina, portanto o açúcar não pode penetrar nas células do corpo para uso como energia. É a forma mais comum de diabetes em pessoas com menos de 30 anos, apesar de poder ocorrer em qualquer idade. Cerca de 10% dos diabéticos são diagnosticados com o tipo 1 (MARINHO et al., 2013).

No DM2, o pâncreas produz insulina, mas não o suficiente ou a insulina não funciona adequadamente. Nove em cada dez pessoas com diabetes têm tipo 2 e, apesar de ser mais prevalente em pessoas com idade acima de 40 anos, pode ocorrer também na infância, se houver fatores de risco presentes (WILD et al., 2004).

Apesar de crianças e adolescentes serem mais propensos ao DM1, devido à prevalência crescente de obesidade nesta população, vem aumentando os casos de DM2, que, em geral, acomete indivíduos com idade entre 40 e 60 anos (RUBIN et al., 2011).

Estima-se que até 2035, 592 milhões de indivíduos terão DM2 devido ao aumento do número de casos em todos os países, tornando a doença a sétima causa de morte, sendo estimado que 80% dessas pessoas vivem em países de baixa e média renda. A incidência da doença varia substancialmente de uma região geográfica para outra, como resultado do risco ambiental e do estilo de vida (OLOKOBA et al, 2012).

De acordo com Flor e Campos (2017), cerca de 50,0% dos indivíduos diabéticos não sabem que têm a doença, que, somente no ano de 2013, foi

responsável pela mortalidade de 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos.

Como resultado desse aumento, está rapidamente se tornando uma epidemia em alguns países do mundo, havendo uma estimativa de que o número de pessoas afetadas deve dobrar nas próximas décadas, devido ao aumento da população idosa, aumentando assim a carga já existente para os provedores de saúde, especialmente em países pouco desenvolvidos (OLOKOBA et al., 2012).

A ocorrência de DM2 na população brasileira tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, sendo atualmente uma das doenças crônicas mais prevalentes no país. Esse aumento provavelmente está relacionado aos hábitos do mundo moderno, como o consumo de dietas de alta energia e estilo de vida sedentário, além do aumento da expectativa de vida, desenvolvimento da obesidade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Além disso, existem fatores genéticos que favorecem a doença, o que torna algumas pessoas mais suscetíveis a ela (SILVA et al., 2017).

Diabetes tipo 1 e tipo 2 são doenças crônicas comuns, afetando milhões de pessoas em todo o mundo, levando a maus resultados de saúde e aumento dos custos com cuidados de saúde, além de estarem associadas à redução da qualidade de vida (WILD et al., 2004).

O DM2 é causado principalmente por fatores genéticos e pelo estilo de vida. Dentre os fatores relacionados ao estilo de vida, podem ser citados a inatividade física, sedentarismo, tabagismo e consumo generoso de álcool. A obesidade tem contribuído para aproximadamente 55% dos casos de DM2 (Figura 3). Acredita-se que o aumento do DM2 em crianças e adolescentes tenha sido causado pelas taxas crescentes de obesidade infantil a partir da década de 1960 (SILVA et al., 2017).

Há uma forte ligação genética hereditária no DM2 e parentesco (especialmente em primeiro grau) com indivíduos que têm a doença aumenta substancialmente os riscos de desenvolver DM2. A concordância entre gêmeos monozigóticos é próxima a 100%, e cerca de 25% daqueles com a doença têm história familiar de DM. Além disso, a obesidade, que é um fator de risco independente para DM2, é fortemente herdada (MCCARTHY, 2010).

De acordo com Ferreira e Ferreira (2009), pacientes diabéticos que possuem história familiar de doença cardiovascular apresentam chance de 1,5 a 2,3 vezes

maior de ocorrência de infarto agudo do miocárdio do que entre os que não apresentam esse fator de risco.

Outras causas incluem acromegalia, síndrome de Cushing, tireotoxicose, feocromocitoma, pancreatite crônica, câncer e drogas. Fatores adicionais encontrados para aumentar o risco de DM2 incluem o envelhecimento, dietas hiperlipídicas e um estilo de vida menos ativo (MCCARTHY, 2010).

Quanto aos sintomas, estes incluem micção excessiva, sede e fome; perda de peso; maior susceptibilidade a infecções, especialmente leveduras ou infecções fúngicas. O tratamento do DM2 também pode produzir sintomas. Medicação demasiada para baixar a glicose, em relação à ingestão dietética, pode levar à complicação de hipoglicemia, cujos sintomas incluem suor, tremores, tontura, fome, confusão, convulsões e perda de consciência, se a hipoglicemia não for reconhecida e corrigida (BERTONHI; DIAS, 2018).

A triagem e o diagnóstico são baseados nos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da American Diabetes Association (ADA), que incluem parâmetros clínicos e laboratoriais (OLOKOBA et al., 2012).

Os exames utilizados para diagnosticar a intolerância à glicose são o teste de glicemia em jejum, de tolerância oral à glicose e de hemoglobina glicada. No teste de glicemia de jejum (FPG), o sangue é colhido pela manhã, após jejum de 12 horas. No teste de tolerância oral à glicose (TOTG), após a primeira coleta de sangue, o indivíduo ingere 75 gramas de glicose dissolvida em água e, após duas horas, realiza-se nova coleta. O teste de hemoglobina glicada (HbA1c) mede o nível médio de glicose nos dois a três meses anteriores (BERTONHI; DIAS, 2018).

Para que seja confirmado o diagnóstico, é necessário que os exames sejam repetidos alternadamente. Em relação aos pacientes que apresentam os sintomas clássicos da doença, deve ser realizada, independente de jejum, a dosagem de glicemia ao acaso, não sendo necessária segunda dosagem caso os resultados sejam ≥ 200 mg/dL (SILVA et al., 2017).

O tratamento do DM tipo 2 passa por quatro estágios: no primeiro, busca-se uma mudança no estilo de vida, atividades físicas e mudança alimentar; no segundo, já se torna necessário uso de fármacos antiobesidade e antidiabéticos orais, de forma isolada ou combinados; no terceiro, o paciente passa a utilizar insulina oral; e no quarto estágio, intensifica-se o uso de insulina (SILVEIRA et al., 2010).

Somente quando as recomendações nutricionais e de exercícios físicos não apresentam resultados eficazes é que o tratamento medicamentoso do diabetes tipo 2 deve ter início. Dentre os recursos farmacológicos disponíveis no tratamento do DM estão a insulina e os hipoglicemiantes orais, especialmente as sulfoniluréias, que teve seu uso instituído na década de 1950, e as biguanidas, que foram retiradas do mercado nos Estados Unidos por causarem complicações. No entanto, outra biguanidina, a metformina vem sendo utilizada sem apresentar qualquer efeito adverso significativo, diminuindo os riscos de complicações em pacientes com sobrepeso, além de apresentar menos episódios de hipoglicemia, podendo, assim, se transformar em uma droga de primeira escolha no tratamento do DM tipo 2 (RUBIN et al., 2011).

A não adesão ao tratamento do diabetes é um problema de magnitude conhecida no cenário internacional e nacional que contribui para a baixa efetividade do tratamento e complicações a médio e longo prazo e, conseqüentemente, para o aumento da demanda por tratamentos de alta complexidade. serviços de saúde. Fica evidente, portanto, que a atenção primária deve melhorar muito suas atividades de receber esses pacientes para tratamento multiprofissional (SILVA et al., 2017).

Como não há cura para o diabetes, seu melhor tratamento é a prevenção primária, encorajando a população em risco a ter hábitos de vida saudáveis e realizando exames periódicos. A responsabilidade pela promoção da saúde não deve se limitar aos profissionais de saúde. As políticas públicas que precisam ser implementadas incluem aquelas que visam melhorar o acesso aos serviços de saúde, capacitando os pacientes a entender a doença e aprender habilidades de autocuidado. Quanto à prevenção secundária, é importante monitorar e incentivar mudanças comportamentais, pois, mesmo quando a insulina é utilizada, o controle glicêmico pode ser insatisfatório se o indivíduo não adotar um estilo de vida saudável (MARINHO et al., 2013).

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O desenvolvimento da abordagem de Atenção Primária à Saúde (APS) está intimamente ligada a uma concepção biopsicossocial de saúde e a um compromisso com o desenvolvimento da saúde comunitária. Embora os primórdios desse modelo

assistencial tenham sido forjados já no início do século XX, presume-se que a origem esteja na Conferência Internacional de Atenção Básica à Saúde realizada em Alma Ata, com patrocínio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (AQUINO et al., 2014).

No Brasil, Ribeiro et al. (2019) ressaltam que as unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) conduzem as políticas e ações públicas de saúde com educação, promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. Os integrantes das equipes de saúde da ESF prestam atenção básica a um determinado número de famílias em um território de abrangência. Organizando suas ações e plano de trabalho, cada ESF organiza o acompanhamento dos pacientes por meio de consultas periódicas e agendadas, onde ocorrem aferições de peso e pressão arterial, orientações de tratamento e prescrição de medicamentos para promover o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento a que se submetem.

Os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS) foram sendo definidos nos anos de 1980, originados por um grande movimento que envolvia a reestruturação do sistema de saúde vinculado à luta pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização. Naquele período, o Brasil passava por fase de grandes críticas e questionamentos sobre o sistema de saúde existente, voltado apenas para a assistência médica, representado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (LEMOS, 2011).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, firmaram-se discussões e a construção das diretrizes que deveriam ser seguidas na Assembléia Nacional Constituinte, tendo sido, posteriormente, incorporadas à Constituição brasileira de 1988, delineando o Sistema Único de Saúde. Neste sentido, Bravo ressalta que:

A VIII Conferencia, numa articulação bem diversa das anteriores, representou inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação de entidades representativas da população. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a reforma sanitária (BRAVO, 2006, p. 109).

Oferecer um atendimento à saúde de toda a população brasileira, em lugar da cobertura apenas aos contribuintes, era um dos maiores desafios do novo

sistema. Também a descentralização era uma meta, através da articulação entre as três esferas de governo, além de se buscar, em lugar da medicina curativa, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (OLIVEIRA, 2004).

Esta conferência representou o pensamento das principais autoridades de saúde de 140 países que apóiam a Atenção Primária à Saúde como estratégia para alcançar maior equidade em saúde. A definiu os Cuidados de Saúde Primários da seguinte forma (BTASIL, 2001):

Assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, disponibilizada a todos os indivíduos e famílias da comunidade, através da sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem suportar, em todos e em cada um das etapas do seu desenvolvimento, com espírito de responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Básica é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, quanto do desenvolvimento social e econômico geral da comunidade. Representa o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema de saúde

Essa afirmação, além de conceituar o modelo da Atenção Básica à Saúde, aponta os principais aspectos desse modelo e sua organização. A Atenção Primária à Saúde é um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades e se baseia na aplicação dos resultados pertinentes da pesquisa social, biomédica e de serviços.

Segundo Bravo e Mattos (2006), está orientada para os principais problemas de saúde da comunidade e presta serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para a resolução desses problemas. Inclui, pelo menos, as seguintes atividades: educação sobre os principais problemas de saúde e os respectivos métodos de prevenção e controle, além de cuidados maternos e infantis, incluindo planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais, dentre outras ações.

Envolve a participação e os esforços coordenados de todos os setores e exige e estimula ao máximo a responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo no planejamento, organização, operação e controle da atenção básica, valorizando os recursos locais e nacionais e demais recursos disponíveis, e para esse fim desenvolve, por meio de educação apropriada, a capacidade das comunidades de participar (BRAVO; MATTOS, 2006).

As principais características da Atenção Primária à Saúde são consideradas o primeiro contato (acessibilidade), o cuidado longitudinal focado na pessoa e não na doença, atenção integral a todas as necessidades de saúde (integralidade), articulação com outros níveis ou serviços de saúde, orientação familiar e orientação para a comunidade, considerando a localização da pessoa no contexto social, mas também apontando o papel ativo da comunidade na organização e funcionamento da Atenção Primária à Saúde (SALCI et al., 2017).

Segundo Schawab et al. (2014), os elementos conceituais da Atenção Básica à Saúde são especificados em uma perspectiva integral, integrada, contínua, permanente, ativa, acessível e baseada em equipes interdisciplinares. Também deve ser comunitário e participativo, programado e avaliável.

Em suma, desde a Declaração de Alma Ata, várias vozes expressaram a relevância e a validade dos princípios fundamentais do modelo de Atenção Primária à Saúde. Segundo Mendes (2012), o modelo da Atenção Básica supõe uma mudança de filosofia, o que implica conceber a saúde como direito fundamental e garantir sua defesa prioritária, atendendo a critérios de justiça e igualdade.

Representa também um nível de assistência, tanto para a população que contata o sistema de saúde, como para a população em geral, promovendo a interação mútua entre indivíduos e comunidades e o sistema de saúde nas consultas, lares e outras instituições da comunidade. O modelo também pode ser considerado como uma estratégia organizacional diferenciada para atingir uma cobertura plena, que seja acessível, responda às necessidades da população, que seja funcionalmente integrada, baseada na participação e na administração adequada dos recursos (MENDES, 2012).

Deste ponto de vista, quanto melhor for este nível de organização melhorar o funcionamento do sistema e os recursos serão melhor geridos, mas também será capaz de responder melhor às necessidades da população em uma base contínua. Por fim, o conjunto de atividades a serem desenvolvidas inclui prevenção, tratamento e educação em saúde (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Para Ferreira et al. (2018), o modelo de Atenção Básica não é apenas uma abordagem que constitui a base do sistema de atenção, ao contrário, deve ter uma influência decisiva na maneira como funcionam os outros níveis de saúde. A Atenção Primária à Saúde é, portanto, uma estratégia diferente daquela tradicionalmente desenvolvida no passado, com o objetivo de oferecer sistemas de

saúde altamente especializados e tecnológicos. Portanto, a APS é mais do que um modelo de organização da saúde, sendo um mecanismo pelo qual os dois objetivos dos sistemas de saúde, otimização e equidade, são equilibrados.

2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A NOB-SUS/96 modificou as condições de Gestão do SUS para Estados e Municípios; criou incentivos por programas, especialmente para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF). O PSF foi idealizado como modelo de atenção para todo o país, sendo desenvolvido fundamentalmente pelos municípios, com o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral (BRASIL et al., 2005).

Segundo Salvador e Delfraro (2011), ao propor a humanização, compromisso e co-responsabilidade da equipe do PSF, busca-se um projeto transformador do modelo assistencial, sendo possível observar que, desde a sua implantação até os dias atuais, o programa vem apresentando uma crescente expansão e adesão da comunidade, através de estratégias pioneiras na resolução de antigos problemas, além de mudanças nas práticas profissionais.

No entanto, os autores observam que é preciso “formar uma consciência mais ampla em relação à qualidade de vida da população, não deixando de lado que todos os profissionais da área da saúde têm sua contribuição na atenção primária” (SALVADOR; DELFRARO, 2011, p. 2).

De acordo com Braga et al. (2008, p. 21):

Sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes dos profissionais envolvidos, promovendo educação continuada em saúde cuja lógica é manter coerência com a equidade e a integralidade da atenção

A Estratégia Saúde da Família, desta forma, busca reafirmar e incluir os princípios fundamentais da universalização, integralidade e participação da comunidade, defendidos pelo SUS, estando formatada a partir da Unidade de Saúde da Família, que deve possuir uma equipe multiprofissional responsável por uma

determinada população, mantendo-se conectada à mesma e desenvolvendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL et al., 2005).

A ESF enfrenta os desafios de não apenas ampliar o acesso à saúde, mas de oferecê-lo de forma integral, com enfoque familiar, humanizado, criando e fortalecendo vínculos entre os profissionais e a população assistida, com ações desenvolvidas segundo as características e problemas do território onde está situada (MAGALHÃES et al., 2012).

A base da estratégia da saúde da família (Programa de Saúde da Família - PSF) é um modelo de atenção voltado à proteção e à promoção da saúde, além de atendimento domiciliar, com os seguintes aspectos organizacionais: delimitação de área de abrangência com adstrição da clientela (oitocentas a mil famílias por equipe); equipe multiprofissional (no mínimo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários); enfoque preventivo e de promoção à saúde, a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; ênfase nas ações locais, visando reduzir a demanda sobre centros de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social, centrados nos Conselhos Municipais de Saúde⁶. A estratégia se integra numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contra referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (AVEIRO et al., 2011, p. 1468).

Sua operacionalização deve, portanto, ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais. O impacto favorável nas condições de saúde da população atendida deve ser o objetivo maior de todo o processo de implantação dessa estratégia.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante décadas, as atividades educativas em saúde tinham por objetivo prevenir e controlar doenças, através de um discurso higienista e uma prática normalizadora, que responsabilizava o indivíduo pela sua saúde, sendo baseada na transmissão e reprodução de conhecimentos, sem refletir criticamente sobre o mesmo, pois o educando era um agente passivo, cabendo ao educador o controle do conhecimento e das ações de saúde. Neste contexto, a educação em saúde se resumia ao controle dos agentes biológicos transmissores ou causadores de doenças (FIGUEIREDO et al., 2012).

A partir dos anos 1970, a educação em saúde passou a ser repensada, ampliando a compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como uma

interação de fatores econômicos, sociais e culturais e não apenas biológicas. Surge, a partir de então, uma prática que se volta ao desenvolvimento da autonomia, da subjetividade dos sujeitos, deixando de lado a transmissão vertical de saberes (FIGUEIRA et al., 2012).

Em 1980, o Ministério da Saúde definiu as diretrizes da educação para a saúde como atividades planejadas que tinham por meta a criação de condições que produzissem a transformação de comportamentos. Neste contexto, uma das estratégias do Programa Saúde da Família (PSF) na capacitação da comunidade para o autocuidado e para o enfrentamento do processo saúde-doença foram as ações educativas, aliando o saber popular e científico, na reconstrução de significados e atitudes (CERVERA et al., 2011).

Para os autores, a educação em saúde permite aos indivíduos se informarem e desenvolverem habilidades para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida, aumentando sua consciência para as mudanças ambientais e políticas necessárias na melhoria de sua saúde (CERVERA et al., 2011).

Segundo Duarte et al. (2011, p. 278):

Educação em saúde é definida como um conjunto de saberes e práticas norteadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana dos sujeitos, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Em todos os contatos dos profissionais de saúde com sua clientela, devem ser desenvolvidas ações educativas pelos profissionais de saúde, propiciando espaços de reflexão dos usuários sobre sua própria saúde, o que estimula modificações e adoções de novos meios para solucionar seus problemas (RIOS; VIEIRA, 2007).

Segundo Santos et al. (2010), a educação em saúde implica em uma combinação de oportunidades que possam favorecer a promoção e a manutenção da saúde, não podendo ser entendida apenas como transmissão de comportamentos, conteúdos e hábitos de higiene do ambiente e do corpo, mas principalmente como a adoção de práticas educativas que almejem a autonomia dos indivíduos em suas condutas, podendo ocorrer de forma individual ou grupal,

promovendo o intercâmbio de pessoas que passam por experiências semelhantes, sendo geralmente uma ação gratificante e proveitosa.

Neste contexto, o PSF se constitui em um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, sendo esta uma das funções dos profissionais dessas equipes (FIGUEIREDO et al., 2012)

A educação em saúde é considerada um alicerce da atenção básica, que busca promover uma maior compreensão dos usuários sobre saúde e doença, oferecendo subsídios para que estes adotem hábitos de vida e medidas de saúde. Desta forma, os profissionais que ali atuam devem ter consciência da importância da participação ativa da comunidade, família e indivíduos nas ações preventivas e de promoção à saúde (TRIGUEIRO et al., 2009).

De acordo com Cervera et al. (2011, p. 1548):

A educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

Desse modo, as práticas de educação em saúde são consideradas como importantes recursos para orientar ações que influenciem a vida cotidiana dos usuários, que passam a compreender, através do conhecimento científico produzido, os fatores que influenciam o processo saúde-doença, recebendo orientações que contribuem para a adoção de hábitos e condutas saudáveis que auxiliam na melhoria da qualidade de vida (TRIGUEIRO et al., 2009).

Nessa perspectiva, o PSF propõe um modelo de assistência que se dedica a ações preventivas e de promoção da saúde dos usuários, comunidades e famílias, devendo tais ações estarem alinhadas aos preceitos da educação em saúde, devendo para tanto, ser reorganizadas, focadas no modelo assistencial, ajustadas para o fortalecimento da atenção à saúde, com destaque para a integralidade da assistência, no tratamento do indivíduo como parte integrada ao domicílio, à família e à comunidade (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

Assim, pode-se afirmar que a educação em saúde não acontece de forma linear ou imediata, sendo uma construção coletiva, cotidiana e inacabada, não

havendo fórmulas ou receitas para que as mudanças de comportamento aconteçam. Segundo Santos e Penna (2009), ainda há que se percorrer um extenso caminho e muitas vezes estas não ocorrerão da forma que o profissional de saúde almeja ou nem sempre serão visíveis. No entanto, de acordo com Moura e Nogueira (2013), o processo de educação em saúde possibilitará um crescimento não apenas dos usuários, mas também dos profissionais.

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e para a emancipação dos sujeitos ao possibilitar a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares, como demonstrado pelas mulheres que participaram deste estudo. Isso nos mostra que a educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e nos remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde que são também educadores por excelência (SANTOS; PENNA, 2009, p. 658).

O grau de conhecimento que os pacientes têm de sua condição, instruções específicas sobre medicamentos, equipamentos, dieta/nutrição devem ser incorporadas em todos os programas educacionais de pacientes e todos esses programas devem resultar em documentação de forma que o paciente e a família entendam o que foi ensinado.

Assim, a educação é provavelmente o papel mais importante do enfermeiro, oferecendo informações sobre a doença, seu controle e mudanças de estilo de vida, que precisam ser transmitidas durante um período prolongado de tempo. Aumentar a compreensão do paciente sobre a doença através da educação pode prevenir ou retardar o aparecimento de complicações e reduzir o número de hospitalizações e, como tal, é a chave para melhorar a qualidade de vida

2.5 O FISIOTERAPEUTA COMO MEMBRO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Doenças crônicas como hipertensão e diabetes exigem compromisso vitalício com medicação e consultas agendadas para revisão de saúde de rotina e a gestão adequada dessas condições são importantes para prevenir complicações graves que podem causar aumento da morbidade e mortalidade.

O Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) foi implantado pelo Ministério da Saúde em

2002, através da Portaria nº 371/GM, com o objetivo de reorganizar a atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na atenção primária. Através do Hiperdia, são cadastrados os diabéticos e hipertensos, que passam a receber gratuitamente os medicamentos hipoglicemiantes orais, insulina e anti-hipertensivos (BRASIL, 2002).

A principal meta do Hiperdia é, segundo o Ministério da Saúde, “garantir o acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços” (BRASIL, 2002, p. 5).

Através de um sistema de cadastro, alimentado pelos profissionais da saúde da ESF, é possível monitorar e gerar informações para a aquisição e distribuição dos medicamentos aos hipertensos e diabéticos de forma organizada. Além disso, cria-se um sistema estatístico nacional, que possibilita analisar a dimensão do problema e mapear áreas onde devem ser implementadas ações mais efetivas, minimizando as complicações dessas doenças, consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo (BRASIL, 2002).

Com a estratégia de vincular esses pacientes às ESF, o programa se desenvolve na atenção primária, dependendo, para o seu sucesso, do comprometimento de toda a equipe de profissionais, que deve acompanhar, tratar, evitar o abandono do tratamento e promover ações de autocuidado e responsabilidade dos usuários pela sua saúde (PIMENTEL et al., 2014).

Arquitetada como uma política pautada na prevenção, no empoderamento e no cuidado das pessoas com Hipertensão e Diabetes, os profissionais atuantes neste programa demandam uma educação continuada para relacionar-se com o outro e com o contexto social que o mesmo vive; e, uma postura de respeito pelo outro, considerando suas experiências de vida e a autonomia do usuário inserido no serviço de saúde (ANDRADE et al., 2013).

Segundo Ferreira et al. (2018), a rotina de consultas de acompanhamento é um aspecto importante dos cuidados, fornecendo uma via importante para a educação do paciente, titulação de medicação e detecção precoce de complicações. Infelizmente, muitos pacientes hipertensos e diabéticos não se beneficiam ao máximo dos programas de gestão da doença, pois nem sempre comparecem às consultas agendadas.

O problema de perda de consulta médica tem sido considerado um problema de operação que atrapalha o atendimento e uma grande barreira para a eficácia da

prestação de cuidados de saúde, porque quando os pacientes faltam às consultas agendadas, a continuidade e o monitoramento de atendimento são interrompidos e o custo de saúde dos serviços aumenta. Compromissos perdidos constituem um desafio para a atenção básica porque é uma fonte de ineficiência e desperdício de recursos em saúde (MACINKO et al., 2018).

Segundo Barreto et al. (2015), vários motivos podem explicar o porquê desses pacientes faltarem às consultas, dentre os quais esquecimento do compromisso, problemas logísticos, que incluem dificuldade de transporte, viagens de longa distância até a clínica, dificuldade para sair do trabalho, dentre outros.

A atenção primária deve responder às necessidades e problemas de saúde da comunidade a que atende, desenvolvendo não só atividades de bem-estar, mas também para promover a saúde e prevenir doenças. Para alcançar o máximo desenvolvimento da saúde, a equipe multiprofissional conta com profissionais especialmente capacitados em áreas sociais e de saúde, dentre os quais está a figura do fisioterapeuta (SALVADOR; DELFRARO, 2011).

Para Miranda (2019), a atividade do fisioterapeuta na atenção básica inclui ações de promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças. Portanto, esses blocos de atividades devem ser considerados na organização do seu trabalho, atribuindo-lhes a correspondente distribuição de tempo entre atividades curativas e de promoção da saúde.

O fisioterapeuta pode aumentar o primeiro contato com os serviços de saúde e, na medida em que mais serviços são disponibilizados, a população pode ir diretamente à atenção básica, garantindo atendimento adequado. Além disso, o atendimento precoce pode reduzir a cronicidade de certas patologias (LOPES; GUEDES, 2019).

Nesse contexto, Costa et al. (2012) defendem que o fisioterapeuta pode realizar a elaboração de protocolos de diagnóstico e acompanhamento das doenças mais prevalentes, passíveis de serem tratadas na atenção básica, participando das atividades que lhe correspondem, voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, estabelecidas por meio dos programas de saúde desenvolvidos pelas equipes da atenção básica. Dentre estas ações, as atividades de educação em saúde são consideradas de especial importância.

As estratégias de promoção da saúde devem servir para concretizar a ação integrada de todos os profissionais na busca ativa dos problemas enfrentados pela

comunidade. Para isso, os programas elaborados pela equipe são especialmente úteis, onde o fisioterapeuta deve participar para compartilhar essa visão ativa e participativa, agindo antes que o problema apareça e promovendo a participação da comunidade (RIANI; TUTRUT, 2020).

Dentre as ações de promoção da saúde, o fisioterapeuta possui importante papel na prevenção, tratamento e gerenciamento de doenças crônicas, incluindo hipertensão e diabetes, dentre outras. Intervenções de fisioterapia, incluindo prescrição de exercícios, inserção e participação do paciente em programas que melhoram e mantêm o bem-estar físico que possuem um impacto significativo na qualidade de vida (QV) e no uso futuro dos serviços de saúde (MIRANDA, 2019).

Para Acioli e Neves (2011), os fisioterapeutas têm as habilidades e competências para apoiar indivíduos e populações em todo o processo de atendimento, incluindo a promoção da saúde e prevenção de doenças, gestão, tratamento e reabilitação. Fisioterapeutas podem avaliar e tratar indivíduos que têm doenças crônicas ao longo da vida, promovendo o bem-estar e aumento da qualidade de vida por meio da educação, programação especializada em uma abordagem holística do cuidado.

À medida que aumenta o número de pacientes em condições crônicas e complexas, o fisioterapeuta está bem posicionado não apenas para facilitar e apoiar a autogestão do paciente, mas também para envolver-se no cuidado interprofissional abrangente que apoiará as necessidades desses pacientes. Os fisioterapeutas são adaptáveis a toda a gama de locais de prestação de cuidados de saúde e têm presença em todo o continuum de cuidados (ACIOLI; NEVES, 2011).

Os fisioterapeutas também se integram prontamente aos modelos interdisciplinares de atendimento e trabalham em estreita colaboração com médicos, enfermeiros e todos os demais profissionais da equipe da ESF. Além de sua experiência no tratamento de musculoesquelética aguda, condições neurológicas e cardiorrespiratórias, os fisioterapeutas têm sido destacados como tendo um papel importante na gestão de muitas doenças crônicas e um papel na prevenção primária e secundária de doenças e lesões (ROCHA et al., 2020).

Pacientes crônicos podem se beneficiar da atuação do fisioterapeuta através da educação em saúde, com informações sobre os benefícios da atividade física regular, podendo prescrever de forma individualizada planos de exercícios que

levam em consideração quaisquer condições médicas, como hipertensão e diabetes (LOPES; GUEDES, 2019).

A atividade física é um fator importante do tratamento do Diabetes Mellitus, e contribui para melhorar a qualidade de vida e atua preventivamente, por meio da implantação de um programa de promoção da atividade física, dieta equilibrada, assistência médica, educação do paciente e da equipe sanitária, que podem reduzir significativamente a incidência do diabetes e as complicações associadas.

O risco de diabetes do tipo 2 aumenta à medida que aumenta o índice de massa corporal (IMC) e quando aumenta a intensidade e/ou a duração da atividade física, expressa em consumo calórico semanal, esse risco diminui, especialmente em pacientes com risco elevado.

A inatividade física é um dos principais fatores de risco, logo acima do tabagismo, para doenças não transmissíveis em todo o mundo, representando uma grande carga para a saúde. O efeito benéfico das atividades físicas sobre a mortalidade está associado à melhora acentuada em todos os fatores de risco cardiovascular e, em particular, diabetes e hipertensão. Além disso, é uma intervenção não farmacológica eficaz para melhorar o controle do diabetes e reduzir a pressão arterial elevada, devendo ser um componente integral da estratégia de cuidado.

O exercício físico tem sido como uma pedra angular da terapia não farmacológica para hipertensão. Especificamente, seus efeitos anti-hipertensivos, como redução da PA em repouso e ambulatorial, bem como melhorias na aptidão cardiorrespiratória, têm sido aceitos como práticas eficazes para a saúde cardiovascular. A adoção e manutenção da atividade física são focos críticos para o controle da glicemia e saúde geral em indivíduos com diabetes e pré-diabetes. As recomendações e precauções variam dependendo das características individuais e do estado de saúde.

Tal como ocorre em pessoas não diabéticas, a prática regular de exercício pode produzir importantes benefícios a curto, médio e longo prazo. Esses benefícios estão enumerados na tabela 1.

Tabela 1 – Intervenção e efeitos fisiológicos e terapêuticos da fisioterapia em pacientes diabéticos e hipertensos

Intervenção	Efeito Fisiológico	Efeito Terapêutico
Alongamento	O alongamento é o termo usado para descrever os exercícios físicos que aumentam o comprimento das estruturas constituídas de tecidos moles e, conseqüentemente, a flexibilidade. A flexibilidade a capacidade física responsável pela execução voluntária de um movimento de amplitude angular máxima, superiores às originais, porém dentro dos limites morfológicos. São benefícios do alongamento a diminuição direta da tensão muscular através das mudanças viscoelásticas passivas ou diminuição indireta devido à inibição reflexa e à conseqüente mudança na viscoelasticidade oriundas da redução de pontes cruzadas entre actina e miosina.	A tensão muscular diminuída permite, então, aumento da amplitude articular. Ocasionalmente ocasionando relaxamento Muscular, O relaxamento muscular promove uma redução da tensão muscular, ajudando a prevenir restrições na mobilidade articular. Inter-rompido o ciclo da dor, promove-se o relaxamento dos músculos espásticos.
Intervenção	Efeito Fisiológico	Efeito Terapêutico
Mobilização Articular	Existem cinco graus para a classificação por suas diferentes formas de aplicação e efeitos fisiológicos: grau I é caracterizado por micromovimentos no início do arco, tendo como efeito fisiológico a entrada de informações neurológicas através de mecanorreceptores, ativando as comportas medulares; grau II, movimento grande no meio do arco, que, além de ativar as comportas medulares, estimula o retorno venoso e linfático, causando clearance articular; grau III, movimento por todo arco, causando os mesmos efeitos do grau II acrescido de estresses nos tecidos encurtados por aderências; grau IV, micromovimentos no final do arco que promovem estresses teciduais capazes de movimentar discretamente tecidos fibróticos. Essas quatro graduações são classificadas como mobilizações articulares. Já o grau V, trata-se da manipulação articular, apresentando movimento minúsculo de alta velocidade no meio do arco, que promove a quebra de aderências, ativa os órgãos tendinosos de Golgi, podendo alterar drasticamente as	Analgesia, Aumento da Amplitude de Movimento Aumento da Flexibilidade e conseqüente aumento do fluxo sanguíneo.

condições dos tecidos que envolvem a articulação.

Fortalecimento Muscular	O fortalecimento muscular consiste em tonificar e definir os músculos sem que a pessoa precise necessariamente ganhar muita massa muscular. É uma forma de melhorar e preservar a saúde muscular, permitindo movimentos mais seguros e auto-suficientes. A prática de fortalecer os músculos é extremamente importante não só para a saúde dos músculos, mas também dos ossos, pois estes se tornam mais resistentes a supostas tensões que possa causar eventualmente algum tipo de fratura.	<p>Maior resistência; Aumento da massa magra; Melhora a postura; Melhora e protege as articulações; Melhora a estrutura óssea; Ossos mais resistentes; Aperfeiçoa o condicionamento físico; Estimula o funcionamento do metabolismo; Queima calorias e ajuda na redução de peso; Aumento do equilíbrio corporal.</p>
-------------------------	---	---

Intervenção	Efeito Fisiológico	Efeito Terapêutico
Caminhada	<p>A locomoção humana é caracterizada pelos atos de andar e correr, utilizados para os deslocamentos em baixa e alta velocidade, respectivamente. Em baixas velocidades, a caminhada pode ser acelerada aumentando a frequência ou o comprimento das passadas.</p> <p>Melhora a circulação sanguínea e potencializa a troca gasosa nos pulmões</p>	<p>Maior resistência; Aumento da massa magra; Melhora a postura; Melhora e protege as articulações; Melhora a estrutura óssea; Ossos mais resistentes; Aperfeiçoa o condicionamento físico; Estimula o funcionamento do metabolismo; Queima calorias e ajuda na redução de peso; Aumento equilíbrio corporal Combate a osteoporose</p>
TENS	Normalização da velocidade do impulso nervoso das	Analgesia

(neuroestimulação elétrica transcutânea)	fibras sensitivas	
Treinamento Postural	Para que a manutenção do equilíbrio ocorra, os sistemas sensoriais devem agir de forma a conduzir informações específicas, relacionadas ao posicionamento do corpo no espaço, cabendo ao sistema nervoso central (SNC) organizá-las e controlar a postura corporal tanto estática quanto dinâmica. Ao receber as informações sensoriais, o SNC as processa no contexto das respostas previamente aprendidas e executa uma resposta de correção postural automática, que é orientada ou expressa por meio da resposta mecânica que se apóia.	Melhora o equilíbrio Prevenção de quedas Trabalha Coordenação Motora Aumenta a Independência nas Atividades de Vida Diária

Fonte: Adaptado de Shrier; Gossal (2000); Chandler (2002)

Os exercícios de estabilidade do olhar têm se mostrado eficazes na redução do risco de quedas em adultos com disfunção vestibular, dentre os quais diabéticos e hipertensos, a fim de reduzir o risco de quedas. Os exercícios de estabilidade do olhar recomendados incluem visualização x 1 (exercício de estabilidade do olhar em que um alvo visual está estacionário e o paciente move a cabeça de um lado para o outro ou para cima e para baixo enquanto se fixa no alvo), visualização x 2 (cabeça e alvo estão se movendo na mesma direção), ou ambos (LIMA, 2019).

As funções dos exercícios aeróbicos, exercícios de resistência e uma combinação desses exercícios são bem estabelecidas nessa população, melhorando o controle glicêmico e da PA, a função física geral, o equilíbrio e a velocidade da marcha. O treinamento de equilíbrio melhora o controle postural e as medidas clínicas de equilíbrio; entretanto, a intensidade e a duração, bem como a presença de complicações, podem afetar os resultados. O treinamento de equilíbrio prescrito com um fisioterapeuta deve ser realizado uma vez ou duas vezes por semana, por 60 minutos por sessão, em uma clínica de fisioterapia (BARRILE et al., 2015).

O exercício aeróbico é o que melhora o consumo de oxigênio e aumenta o funcionamento dos sistemas cardiovascular e respiratório. O exercício aeróbico é uma estratégia terapêutica valiosa, pois tem efeitos benéficos sobre os parâmetros fisiológicos e reduz os fatores de risco do DM e HAS.

O exercício de resistência leva ao desenvolvimento de controle adequado da glicose e menos resistência à insulina entre o DM2, devendo ser realizados contra a resistência. Exemplos de exercícios de resistência incluem levantamento de peso e são seguros e eficazes para esses pacientes. Além na redução da PA e aumento a sensibilidade à insulina, gasto energético diário e qualidade de vida, tem o potencial de aumentar a força muscular, a massa muscular magra e a densidade mineral óssea, o que pode melhorar o estado funcional e na prevenção da sarcopenia e da osteoporose (HORTENSIO et al., 2018).

Outros tipos de exercícios que atuam em regimes complementares em doenças crônicas, incluem exercícios de resistência e passivos. Os exercícios de resistência envolvem o uso de vários grandes grupos de músculos, que dependem do fornecimento de oxigênio aos músculos pelo sistema cardiovascular. O exercício passivo precisa incluir outra pessoa ou força externa, ou produzido por esforço voluntário de outro segmento do próprio corpo do paciente.

A partir de uma triagem pré-participação completa, os fisioterapeutas ficam cientes das condições que podem aumentar o risco de complicações durante o exercício. Assim, a intervenção deve ser ajustada de acordo com esses achados. No entanto, mesmo após essa triagem pré-participação, a segurança médica do treinamento físico pode ser aumentada ainda mais com a aplicação de diretrizes

Os fisioterapeutas devem avaliar regularmente a motivação do paciente para praticar exercícios e perguntar por quaisquer razões práticas ou médicas que possam complicar a participação em uma intervenção de exercício.

Segundo Miranda (2019), em pacientes diabéticos podem auxiliar no manejo das complicações da neuropatia vascular ou periférica, com distúrbios nos pés, dificuldades de equilíbrio e estratégias de proteção para prevenir ainda mais danos. Crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 podem desenvolver complicações como mobilidade articular e crescimento prejudicado no desenvolvimento puberal tardio.

Segundo Riani e Trutut (2020), o fisioterapeuta detém conhecimentos sobre as precauções especiais que devem ser tomadas para crianças com diabetes tipo 1 participar de certos esportes, juntamente com outras considerações de exercício para crescimento saudável dessa população, além de poder orientar seus cuidadores sobre o monitoramento dos níveis de glicose no sangue durante a participação em atividades físicas.

Para Miranda (2019), a prevalência de hipertensão é uma preocupação para os fisioterapeutas em todos os ambientes, devido às relações intersetoriais entre fatores de estilo de vida, limitações funcionais e deficiência. Indivíduos com deficiência demonstram taxas mais altas de hipertensão em comparação com aqueles sem deficiência, especialmente aqueles que possuem limitações de mobilidade.

A hipertensão e os fatores de risco associados à inatividade física, obesidade, diabetes e tabagismo são frequentemente observados nas populações clínicas mais comuns gerenciadas por fisioterapeutas ortopédicos ambulatoriais, incluindo dor lombar, osteoartrite de quadril e joelho e até mesmo certas tendinopatias (LOPES; GUEDES, 2019).

Além disso, os fisioterapeutas podem servir como o ponto de entrada inicial para o sistema de saúde dos pacientes. O exame dos resultados das medições da PA durante os encontros com o paciente é essencial para a tomada de decisão clínica informada, diagnóstico diferencial, encaminhamento apropriado e gerenciamento médico oportuno (ROCHA et al., 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado, primeiramente, por meio de uma revisão bibliográfica, visando recuperar o conhecimento científico acumulado e contribuir com o enriquecimento do referencial teórico desta dissertação. A análise se concentrou em artigos da área de saúde, envolvendo os períodos desde a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, até o ano de 2019, voltados principalmente para prevenção, saúde pública, integralidade e promoção de saúde.

Para isso, foram buscados bancos de dados como Lilacs (Literatura Latino-americana em ciências da Saúde), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), além de teses e dissertações disponíveis na internet e livros que tratem do tema.

O estudo também foi desenvolvido por meio de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quali-quantitativa (métodos mistos), através de um estudo de caso. A pesquisa exploratória objetiva esclarecer ideias, sendo desenvolvida de modo a proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, a fim de explicitá-lo melhor e construir uma visão geral sobre determinado fato ou situação, envolvendo levantamento bibliográfico e pesquisa para auxiliar a sua compreensão (GIL, 2010).

De acordo com Gil (2010, p. 44), as pesquisas descritivas são úteis para encontrar e descrever características de certa população, sendo “inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados”.

A pesquisa exploratória é utilizada quando o pesquisador se depara com temas pouco estudados, o que torna difícil a formulação de hipóteses, assumindo, geralmente, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso (GIL, 2010).

De acordo com Yin (2015, p. 32), um estudo de caso se constitui em uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

O estudo de caso é um método que abrange da lógica de planejamento, técnicas de coleta de dados e abordagens específicas, até a análise dos mesmos, sendo uma estratégia de pesquisa abrangente que é utilizada quando questões do tipo “como” e “por que” são colocadas, “quando existe pouco controle do pesquisador sobre os acontecimentos ou quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2015, p. 19).

O termo métodos mistos refere-se a uma metodologia emergente de pesquisa que promove a integração sistemática, ou mistura de dados quantitativos e qualitativos em uma única investigação, sendo uma abordagem de pesquisa em que os pesquisadores coletam e analisam dados quantitativos e qualitativos dentro do mesmo estudo.

O crescimento da pesquisa de métodos mistos em saúde baseia-se nos pontos fortes potenciais dos métodos qualitativos e quantitativos, permitindo explorar diversas perspectivas e descobrir as relações que existem entre as questões da pesquisa. Enquanto os provedores e formuladores de políticas se esforçam para garantir a qualidade e a segurança dos pacientes e famílias, os pesquisadores podem usar métodos mistos para explorar as tendências e práticas de saúde contemporâneas em ambientes cada vez mais diversos.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é formada por 976 diabéticos e 3.106 hipertensos cadastrados no programa Hiperdia, sendo muitos deles portadores das duas doenças.

A amostra do estudo foi composta por pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, sendo 55 diabéticos e 180 hipertensos atendidos na unidade de saúde Santa Lúcia, no município de Presidente Kennedy-ES.

3.3 COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado (Apêndice A), onde se buscou obter informações relacionadas ao diagnóstico, bem como a opinião dos mesmos sobre a importância do profissional fisioterapeuta na promoção de sua saúde. O instrumento de coleta de dados também abordou

características demográficas dos indivíduos, informações sobre hábito alimentar, atividade física, frequência de consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, autoavaliação de saúde, uso de medicamentos, entre outras questões, como o diagnóstico médico anterior de algumas doenças.

Todos os respondentes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e, após aceitação em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Este estudo obedeceu às exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy (Anexo A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré, através do Parecer nº 4.457.617 (Anexo B).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados quantitativos coletados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva das variáveis, através de frequência absoluta e percentual.

Os dados qualitativos foram analisados por meio de categorias de análise, que segundo Moraes e Galiazzi (2005, p. 116), “corresponde a um conjunto de unidades de análise que se organiza a partir de algum aspecto de semelhança que as aproxima”, devendo ser cuidadosamente descritas e interpretadas.

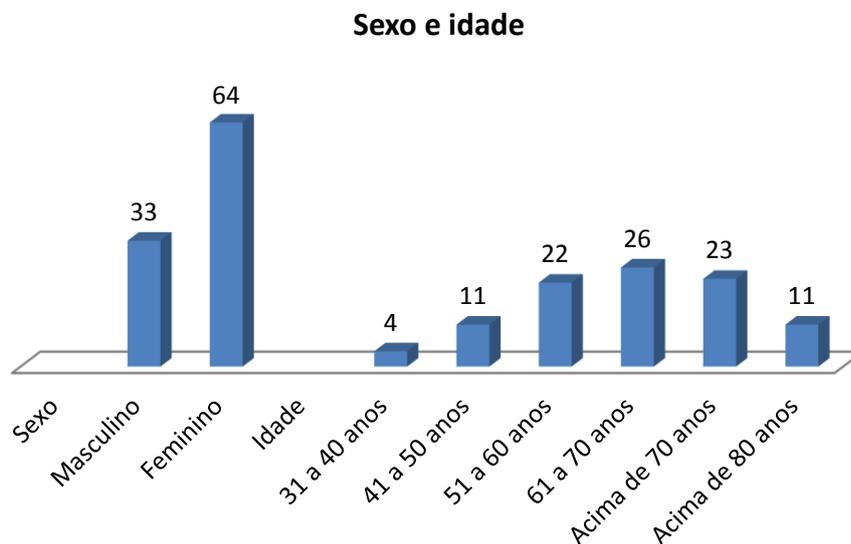
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aceitaram participar desta pesquisa 97 indivíduos cadastrados no programa Hiperdia e atendidos na unidade de saúde Santa Lúcia, em Presidente Kennedy-ES. Os questionários foram aplicados durante as visitas mensais que os pacientes fazem na unidade para as consultas e busca de medicamentos.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Entende-se importante traçar o perfil sociodemográfico da amostra, onde se constatou que 33 (34,0%) são do sexo masculino e 64 (66,0%) do sexo feminino. Quanto à idade, 4 (4,1%) possuem entre 31 e 40 anos, 11 (11,3%) entre 41 e 50 anos, 22 (22,8%) têm entre 51 a 60 anos, 26 (26,8%) de 61 a 70 anos, 23 (23,7%) possuem mais de 70 anos e 11 (11,3%) têm idade acima de 80 anos, como apresentado na figura 1.

Figura 1 – Sexo e idade da amostra



Fonte: Dados da pesquisa

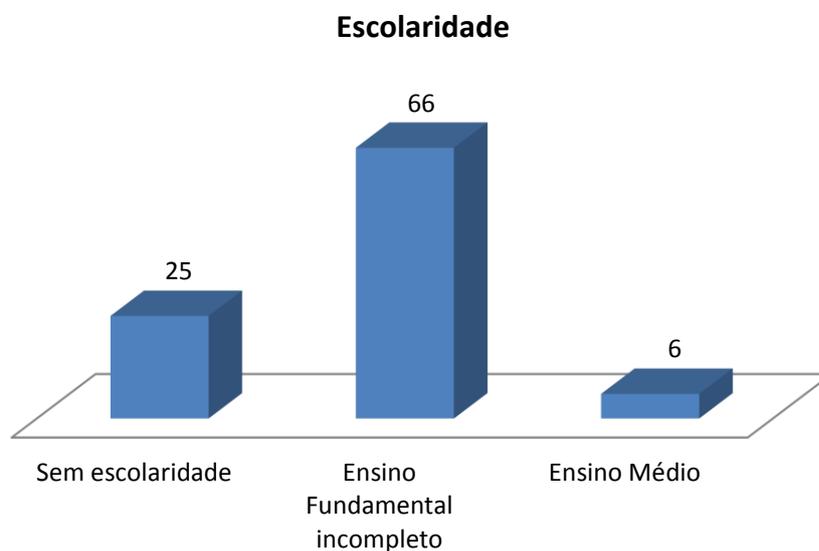
Neste estudo, as mulheres representaram quase o dobro do número de homens. Parte dessa diferença, de acordo com Boccolini e Souza Júnior (2016), pode ser explicada pela conhecida subutilização dos serviços de saúde, incluindo a glicemia e exames de pressão arterial, pelos homens. Por outro lado, as DCV

causam um terço de todas as mortes entre as mulheres em todo o mundo e, quando comparadas aos homens com os mesmos riscos, as mulheres têm menos probabilidade de receber orientações sobre tratamentos preventivos, terapia e, quando prescrita, atingir alvos ideais e aderir a esses tratamentos. Portanto, mais investigações são necessárias para esclarecer essas diferenças, a fim de melhor informar as políticas para promover a prevenção de DCV entre homens e mulheres.

Os resultados da pesquisa mostram que a amostra tem um perfil semelhante ao relatado na Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2019), onde a maioria das pessoas com hipertensão e diabetes tinha mais de 40 anos de idade, confirmando que essas condições aumentam significativamente com a idade e que esses pacientes tendem a ter menor escolaridade e são predominantemente mulheres.

No que se refere à escolaridade, 25 (25,8%) não sabem ler ou escrever, não tendo frequentado escola, 66 (68%) possuem o Ensino Fundamental incompleto e 6 (6,2%) cursaram o Ensino Médio, como apresentado na figura 2.

Figura 2 – Escolaridade da amostra



Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se que a amostra possui baixa escolaridade. O nível educacional é considerado um importante determinante de saúde, com potenciais diferenças relacionadas ao gênero e variações étnicas e culturais. No entanto, de acordo com Brant et al. (2017), há poucas informações disponíveis sobre o impacto da escolaridade no estilo de vida, nutrição e atividade física, bem como sobre a

presença de doenças crônicas do estilo de vida, como sobrepeso/obesidade, hipertensão, diabetes e complicações cardiovasculares associadas em estudos de base populacional. Além disso, o nível educacional parece estar relacionado ao status socioeconômico, o que pode ser a causa subjacente de muitas outras doenças.

Nishida et al. (2020) constataram que homens e mulheres mais jovens e com menor nível de escolaridade têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos, pois esta variável pode refletir em condições socioeconômicas mais baixas, ocasionando efeitos deletérios na vida e sobre a saúde. Pessoas que vivem em ambientes de baixo nível socioeconômico estão mais expostas a insultos à saúde, alguns dos quais estão associados à doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

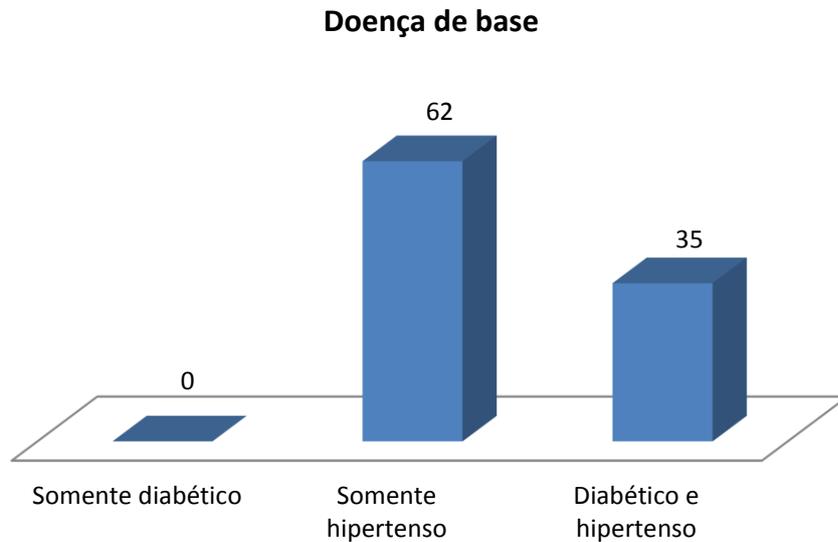
Assim, os resultados obtidos indicam uma associação da incidência de hipertensão e diabetes com a escolaridade e a idade, havendo um percentual de indivíduos com menos de 60 anos que são portadores das duas doenças, sendo possível supor que essas pessoas tiveram seu perfil de saúde piorado em idades mais precoces.

4.2 PERFIL CLÍNICO

Dos participantes deste estudo, 62 (63,9%) são somente hipertensos e 35 (36,1%) são diabéticos e hipertensos, como pode ser constatado na figura 3.

Diabetes e hipertensão frequentemente coexistem e sua combinação fornece aumentos aditivos no risco de eventos cardiovasculares com risco de vida. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BARROSO et al., 2021) concordam com a necessidade de redução precoce e agressiva da pressão arterial, com uma meta de <130/80 mmHg em pacientes com diabetes. O mecanismo que sustenta o aumento da sensibilidade de indivíduos diabéticos à hipertensão não é conhecido, mas pode envolver autorregulação prejudicada ou diminuição noturna atenuada da pressão arterial.

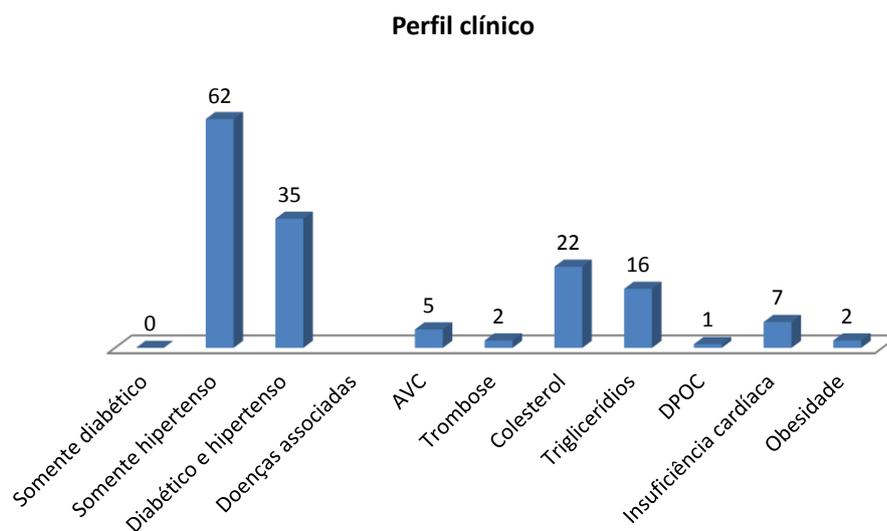
Figura 3 – Doença de base



Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere a doenças associadas, 5 (5,2%) já sofreram acidente vascular cerebral (AVC), 2 (2,1%) tiveram trombose, 22 (22,7%) têm taxas elevadas de colesterol, 16 (16,5%) apresentam triglicerídeo alterado, 7 (7,3%) possuem insuficiência cardíaca, 1 (1,1%) sofre de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 2 (2,1%) são obesos, como demonstrado na figura 4.

Figura 4 – Doenças associadas



Fonte: Dados da pesquisa

Neste estudo os maiores índices de comorbidades foram as taxas elevadas de colesterol e triglicérido, entretanto, há uma sobreposição significativa entre as complicações do diabetes e da hipertensão, que podem ser divididas em distúrbios macrovasculares e microvasculares.

Para Oliveira et al. (2020), as complicações macrovasculares incluem doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica. A doença cardiovascular, como já afirmado anteriormente, é uma das principais causas de morte no Brasil e tanto o diabetes quanto a hipertensão são os principais fatores de risco.

As complicações microvasculares do diabetes incluem retinopatia, nefropatia e neuropatia. A principal causa da cegueira não-congênita é a retinopatia relacionada ao diabetes e a da doença renal em estágio terminal é a nefropatia diabética. Além disso, as úlceras nos pés e as doenças das artérias periféricas em pacientes diabéticos são responsáveis por dois terços de todas as amputações não traumáticas. A hipertensão também tem um impacto significativo na incidência e progressão de eventos cardiovasculares e complicações microvasculares. As complicações macrovasculares e microvasculares da hipertensão e do diabetes se sobrepõem consideravelmente e podem compartilhar mecanismos comuns (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015).

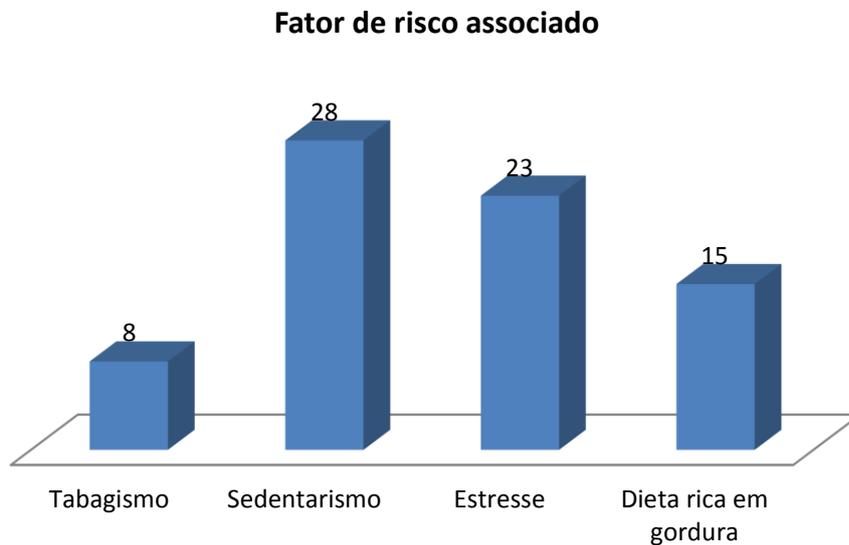
Entre os 74 que afirmaram apresentar fatores de risco associados, 8 (8,2%) são tabagistas, 28 (28,9%) são sedentários, 23 (23,8%) afirmaram sofrer de estresse e 15 (15,5%) fazem uso de dieta rica em gordura (figura 5).

Neste estudo, um baixo percentual da amostra é tabagista, sendo todos do sexo masculino. De acordo com Sousa (2015), fumar aumenta em até quatro vezes o risco de morte cardiovascular entre pacientes diabéticos hipertensos, além de também aumentar o risco de dislipidemia e resistência à insulina. Portanto, a cessação do tabagismo deve ser uma parte fundamental do aconselhamento do paciente sobre os riscos contínuos do uso do tabaco.

Diante do número de sedentários e daqueles que utilizam dieta rica em gordura, salienta-se que o aumento da atividade física, que auxilia na redução do estresse, e a modificação da dieta são coadjuvantes eficazes para a redução dos riscos cardiometabólicos. Melhorias na ação da insulina, pressão arterial, dislipidemia e obesidade são benefícios bem conhecidos do exercício regular. Além

disso, o condicionamento do exercício melhora a aptidão cardiorrespiratória e a longevidade geral.

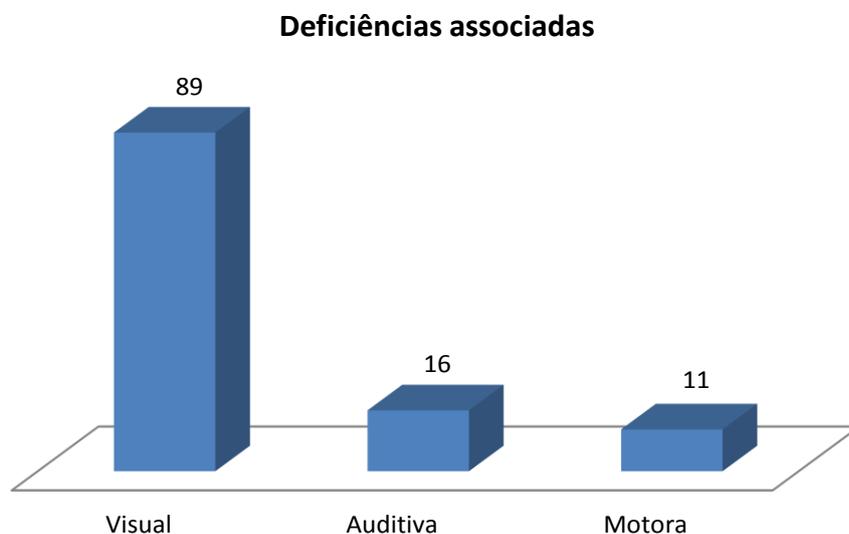
Figura 5 – Fator de risco associado



Fonte: Dados da pesquisa

Da amostra, 89 (91,8%) possuem deficiência visual e destes somente 68 usam óculos; 16 (16,5%) apresentam deficiência auditiva, mas somente um utiliza aparelho auditivo; 11 (11,3%) possuem deficiência motora e necessitam de bengala, cadeira de rodas, muleta e andadores para se locomover.

Figura 6 – Deficiências associadas



Fonte: Dados da pesquisa

Pessoas com diabetes e hipertensão apresentam risco aumentado de comprometimento da função física e como a prevalência dessas doenças aumenta com a idade, o seu impacto na deficiência tem sido considerado, onde essas taxas são conhecidas por serem mais altas do que em uma população mais jovem.

Em todo o mundo, as deficiências auditivas, visuais e motoras estão se tornando um fardo crescente para os sistemas de saúde pública devido ao crescimento e envelhecimento das populações. Apesar de serem deficiências não letais, têm efeitos negativos na qualidade de vida e na saúde cognitiva, psicossocial e funcional e também aumentam o risco de mortalidade. A perda auditiva tem sido associada a várias doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, e é causada por maior exposição a ambientes ruidosos, maior expectativa de vida e infecções de ouvido, entre outros fatores de risco (MENESES-BARRIVIERA et al., 2018).

A deficiência visual também está associada ao envelhecimento e ao diabetes, aumentando com a idade e a duração da doença, mas também pode ser causada por algumas infecções, deficiências nutricionais, causas metabólicas, entre outros fatores. No entanto, essas deficiências são evitáveis ou tratáveis com intervenções médicas ou cirúrgicas eficazes que podem reduzir a gravidade e a magnitude da deficiência.

Estudo de Wong et al. (2013) constatou associação entre diabetes e hipertensão com deficiência motora, com um aumento de aproximadamente 50-80% em comparação com pessoas sem essas doenças, ressaltando que, conforme a população mundial envelhece, as doenças crônicas se tornarão mais comuns, aumentando a necessidade de recursos de saúde relacionados a deficiências. Os custos serão diretos (por exemplo, para serviços de saúde, dispositivos de assistência, custos de lares de idosos) e indiretos (perda de produtividade dos indivíduos e de seus cuidadores).

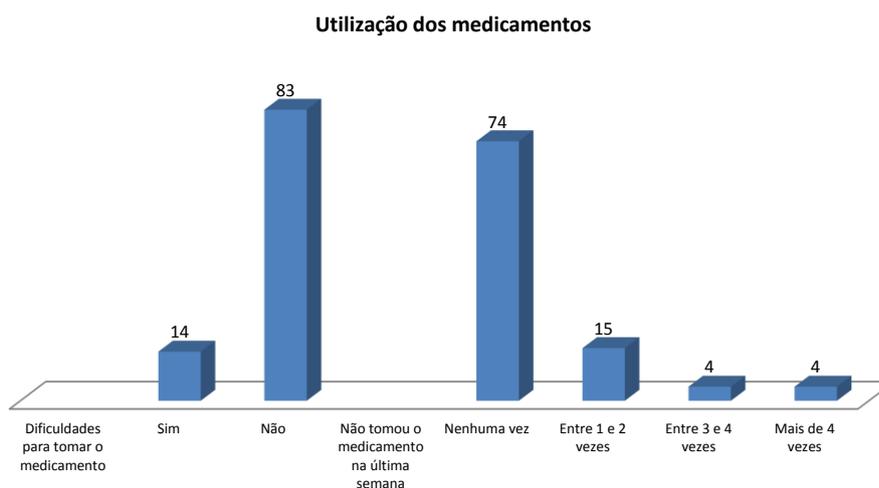
4.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento farmacológico pode reduzir a morbidade e mortalidade associadas às doenças crônicas, por isso o tratamento de longo prazo ou vitalício é frequentemente indicado. A adesão do paciente é definida como a extensão em que o comportamento de uma pessoa coincide com o aconselhamento relacionado à saúde e a medicação utilizada de forma irregular é um problema

comum que leva ao comprometimento dos benefícios à saúde e progressão da doença.

Nesse sentido, a fim de verificar a adesão farmacológica ao tratamento, primeiramente foi perguntado se possuem dificuldades para tomar seus medicamentos, onde 14 (14,4%) responderam que sim e 83 (85,6%) afirmaram que não. Indagados sobre quantas vezes não tomaram seus medicamentos nos últimos 7 dias, 74 (76,3%) afirmaram que nenhuma vez, 15 (15,5%) informaram que entre 1 e 2 vezes, 4 (4,1%) entre 3 e 4 vezes e 4 (4,1%) pacientes disseram que mais de 4 vezes (figura 7). Muitas vezes, o paciente não faz uso do medicamento por não fazer aferição da PA e considerar que a mesma encontra-se nos parâmetros normais, deixando, com isso, de manter a adesão ao tratamento.

Figura 7 – Utilização dos medicamentos



Fonte: Dados da pesquisa

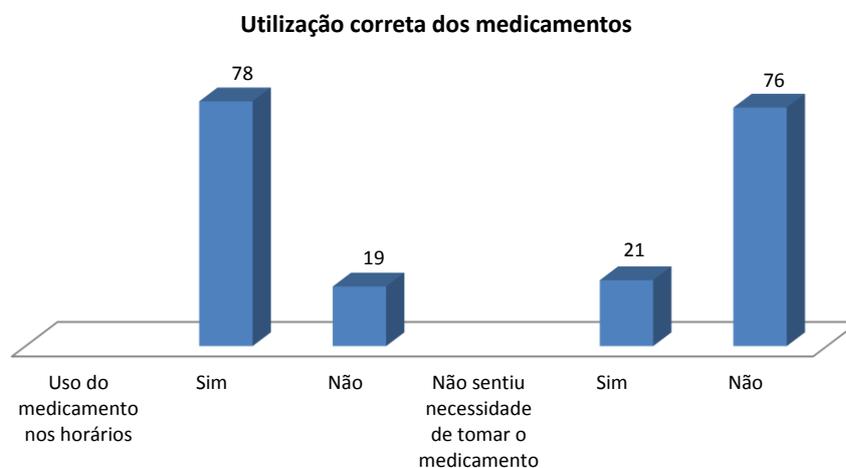
De acordo com Araújo et al. (2010), a adesão farmacológica ao tratamento é considerada aceitável quando atinge taxas superiores a 80% da população consultada. Neste estudo, índices superiores foram relatados em relação às dificuldades para tomar a medicação, entretanto, os autores relatam que os pacientes tendem a subnotificar sua não adesão para evitar a desaprovação de seus médicos ou pesquisadores que administram uma pesquisa.

O presente estudo constatou que a adesão é afetada pela idade e aqueles que afirmaram possuir dificuldades eram os mais idosos, o que pode ocorrer devido a problemas de memória. Além disso, a maioria dos pacientes com dificuldades possui problemas de visão e audição, o que pode aumentar o potencial de erros ao

tomar medicamentos. Outro problema com esses idosos é que têm outras doenças e tomam vários medicamentos ao mesmo tempo, o que pode ser confuso para a auto-administração.

Perguntados se tomam os medicamentos na hora indicada, 78 (80,4%) responderam que sim e 19 (19,6%) disseram que não. Questionados se já deixaram de tomar o medicamento por estar passando bem, 21 (21,7%) responderam que sim e 76 (78,3%) afirmaram que não (figura 8).

Figura 8 – Utilização correta dos medicamentos



Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se que um percentual semelhante de pacientes deixa de utilizar os medicamentos nos horários corretos e que, por vezes, não sente necessidade de tomá-los. Esses resultados, apesar de se mostrarem baixos, juntamente com a realidade presente no estudo realizado, são amostras de que a adesão ao tratamento continua sendo um problema ainda não resolvido, de natureza complexa, envolvendo fatores subjetivos e comportamentais do paciente e também diz respeito ao papel que a organização dos serviços de saúde podem ter neste comportamento.

Um fator importante para estimular a adesão ao tratamento é o conhecimento, por parte dos pacientes, das consequências imediatas e tardias da hipertensão e diabetes e dos benefícios do tratamento e prevenção desses eventos.

Para Moura et al. (2016), o alto índice de utilização correta dos medicamentos poderia ocorrer devido ao grande número de mulheres na amostra, podendo-se pensar que as donas de casa têm mais chance de aderir ao tratamento por terem

mais tempo e não terem outras responsabilidades institucionalizadas que dificultam o seguimento do tratamento ou favoreçam o esquecimento, enquanto a multiplicidade de papéis poderia ser um fator de forte impacto na população trabalhadora, mas os resultados deste estudo não permitem confirmá-lo, pois não foram encontrados resultados que relatam a adesão ou não adesão ao tratamento em donas de casa e somente este fator não permite determinar a adesão de uma pessoa ao seu tratamento.

Em seguida, a amostra foi convidada a responder sim ou não para algumas afirmativas sobre a parte mais difícil do tratamento da hipertensão e diabetes, estando as respostas apresentadas na tabela 1.

Tabela 2 – Questões relacionadas ao tratamento da hipertensão e diabetes

Pergunta	Sim		Não	
	n*	%	n	%
Manter uma dieta balanceada	65	67,0	32	33,0
Fazer o exercício físico	82	84,5	15	15,5
Vir ao serviço de saúde	35	36,1	62	63,9
Buscar o medicamento	29	29,9	68	70,1

* n = Número total

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se observar as respostas, é possível observar que as maiores dificuldades se referem a aspectos importantes do tratamento, que são a manutenção de uma dieta equilibrada e a adesão a atividades físicas, não havendo, por parte de muitos, qualquer problema em ir aos serviços de saúde e/ou buscar seus medicamentos, o que pode ser explicado por ser uma cidade pequena, onde não existem os graves problemas de mobilidade encontrados nos grandes centros.

Cabe ressaltar que a utilização correta e continuada dos medicamentos é importante, mas existe um conjunto de atitudes que, juntos, tornam a adesão ao tratamento completa. Assim, fatores de risco conhecidos, evitáveis e modificáveis exigem do paciente a compreensão do impacto que possuem sobre a doença, para que desenvolvam a convicção pessoal de incorporar hábitos permanentes ao seu estilo de vida. Tudo isso se traduz em um compromisso responsável com a doença.

Os fatores de risco mais associados a níveis de glicose e pressão arterial não controladas são encontrados em dieta pouco saudável, excesso de peso, inatividade

física, consumo de tabaco e álcool e estresse. De acordo com Vicente et al. (2018), atualmente, considera-se que esses fatores de risco estão aumentando à medida que as condições de vida e de trabalho das pessoas mudam para hábitos alimentares menos saudáveis (por exemplo, maior consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sais), menor demanda de atividade física devido ao estilo de vida sedentário, o que torna mais evidente a importância da participação ativa do paciente no cumprimento da tomada dos medicamentos e na mudança de hábitos e estilos de vida para a prevenção e/ou tratamento das patologias.

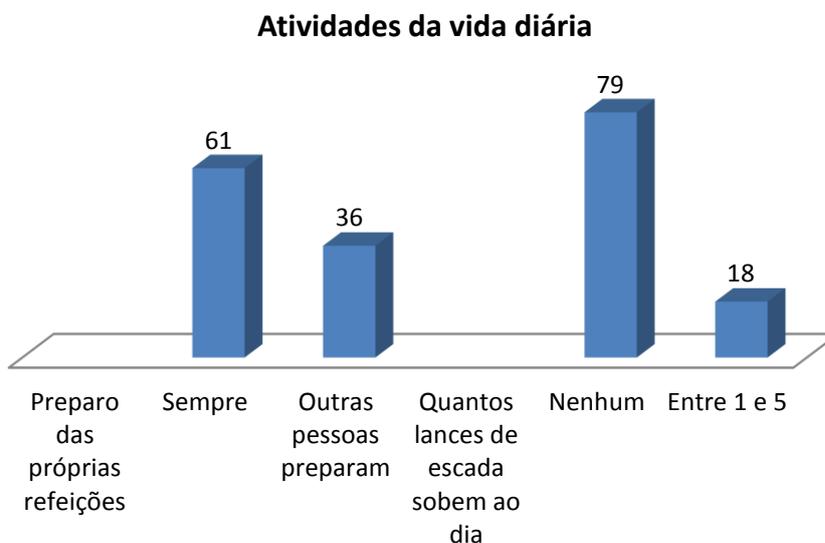
4.4 AUTONOMIA FUNCIONAL E MOBILIDADE

A preservação da capacidade de viver de forma independente e funcionar bem durante a vida adulta é importante tanto do ponto de vista da qualidade de vida individual quanto da saúde pública. A mobilidade é uma característica crítica para funcionar de forma independente e aqueles que a perdem apresentam maiores taxas de morbidade, hospitalização, incapacidade, institucionalização e mortalidade, além de terem maior probabilidade de desenvolver depressão e isolamento social.

Além das atividades básicas de vida diária (AVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), a autonomia dos indivíduos pode ser avaliada pelo nível de mobilidade, que pode variar de tarefas simples para outras mais fisicamente desafiadoras, como caminhadas curtas e longas, bem como subir escadas. A mobilidade e a autonomia são indicadores muito importantes na investigação da relação entre funcionamento físico, condições crônicas e comportamentos de saúde.

Para verificar o grau de autonomia, primeiramente foi perguntado se preparam refeições para si mesmos ou ajudam a preparar, onde 61 (62,9%) responderam que sempre (mais de 5 vezes por semana) e 36 (37,1%) afirmaram que outras pessoas preparam (esposa, mãe, filha, cuidadora, sobrinha, irmã, neta). Indagados sobre quantos lances de escada (10 degraus) sobem por dia, 79 (81,4%) afirmaram que nunca sobem escadas e 18 (18,6%) informaram que sobem entre um e cinco lances diariamente (figura 9).

Figura 9 – Atividades da vida diária



Fonte: Dados da pesquisa

Neste estudo, observou-se que as mulheres, em sua maioria, continuam desempenhando suas funções domésticas, apesar de algumas limitações. Entretanto, a capacidade física mostrou-se prejudicada em grande parte da amostra.

A autonomia do doente crônico está relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, quando é capaz de funcionar sozinho, de forma independente, mesmo que tenha doenças. A capacidade de funcionar sozinho é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária (AVD), que são tarefas do cotidiano realizadas pelo paciente e que avaliam o grau de autonomia e independência do indivíduo. Autonomia significa a capacidade de funcionar e executar seus próprios desígnios e a independência refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios (REIS et al., 2017).

A avaliação funcional é importante e deve ser incorporada a qualquer roteiro de entrevista feita pelos profissionais de saúde, pois possibilita identificar tanto as limitações como as potencialidades desse grupo populacional, para então traçar o plano de ação, com as devidas medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.

Indagados sobre quantas quedas sofreram nos últimos seis meses, 71 (73,2%) não tiveram nenhuma queda, 12 (12,4%) caíram uma vez, 7 (7,2%) sofreram 2 quedas, 3 (3,1%) sofreram 3 quedas e 4 (4,1%) caíram mais de 3 vezes. Destes, 2 sofreram fraturas no fêmur e rádio (figura 10).

Figura 10 – Quedas sofridas nos últimos 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa

Neste estudo, 26,8% da amostra sofreu pelo menos uma queda nos últimos seis meses. Diversas doenças crônicas estão associadas a um maior risco de quedas, assim como várias classes de medicamentos, principalmente tranquilizantes e antidepressivos.

As quedas e as consequências para a saúde associadas são problemas significativos de saúde pública. Existem vários fatores de risco biológicos, sociais, ambientais e comportamentais para quedas entre diferentes populações e grupos etários. Entre os fatores de risco biológicos, a idade e sexo de uma pessoa e um histórico de condições crônicas de saúde podem desempenhar um papel importante na previsão de quedas.

De acordo com Almeida, Rodrigues e Santos (2016), existe uma associação positiva entre doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o risco de quedas, além de um risco aumentado entre pacientes com histórico médico de AVC. A depressão é considerada um importante fator de risco.

Estudo de Carvalho et al. (2020) obteve um percentual de 37,4% de quedas entre pacientes diabéticos e hipertensos, valor superior ao desta amostra, entretanto, o período analisado pelos autores foi de um ano. É importante ressaltar que pessoas grande parte dos estudos existentes são com pessoas idosas, que frequentemente sofrem de vários problemas de saúde, portanto, avaliar apenas uma

condição de saúde particular como fator de risco para quedas pode desafiar a precisão dos resultados do estudo.

4.5 ATIVIDADES FÍSICAS E DE LAZER

Entendendo que a prática de atividades físicas e de lazer são importantes para a saúde física e mental dos indivíduos, primeiramente perguntou-se se praticam algum esporte ou atividade física, onde somente 17 (17,5%) afirmaram que sim. Destes, todos fazem caminhadas de duas a cinco vezes na semana, entre 40 e 60 minutos ao dia, durante todo o ano. Quanto às atividades de lazer, somente 16 (16,5%) responderam que sim, se dedicando à pesca, dança, costura, bordado, cuidando de plantas e indo à praia, durante todo o ano (figura 11).

Figura 11 – Atividades físicas e de lazer



Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que a amostra, em sua maioria, é sedentária e não dispõe de atividades de lazer, que podem contribuir para uma boa saúde física e mental. Os hábitos nutricionais e o grau de atividade física desempenham um papel importante no desenvolvimento de sobrepeso, diabetes, hipertensão e muitas outras doenças crônicas. As metas de exercícios recomendadas devem incluir 30 a 60 minutos de exercícios aeróbicos moderadamente intensos, três ou mais vezes por semana.

A atividade física tem sido associada a uma relação gradativa e inversa com o índice de massa corporal (IMC), gordura abdominal e visceral e ganho de peso e a inatividade física é um importante fator de risco para todas as causas e mortalidade cardiovascular (CV) em homens e mulheres

Há uma abundância de evidências mostrando os efeitos positivos da atividade física na prevenção e no tratamento não farmacológico de pacientes com doenças crônicas. Porém, mais da metade (77,6%) da amostra respondeu que não praticava atividade física de rotina. Este achado é semelhante aos relatados em um estudo de Duarte et al. (2012), que mostrou que pacientes com diabetes, com 50 anos ou mais fizeram apenas mudanças modestas em seu comportamento após serem diagnosticados com doenças crônicas.

Além disso, a inatividade física aumenta com a idade em diferentes populações, incluindo os brasileiros. Sessenta por cento da amostra deste estudo tem 60 anos ou mais, o que pode explicar por que a maioria não pratica exercícios. Mais importante ainda, esses resultados representam um grande desafio para as equipes de saúde em termos de desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão às recomendações de exercícios nesta população.

Um número cada vez maior de pessoas enfrenta o desafio de aproveitar a vida enquanto convive com uma doença de longa duração. Entretanto, a busca por atividades prazerosas, de lazer, por pessoas com doenças crônicas tem recebido pouca atenção, apesar de sua importância para a qualidade de vida e saúde de longo e curto prazo

Segundo Piza et al. (2020), na literatura, a maioria das pesquisas sobre o impacto das doenças crônicas nas atividades cotidianas tem se concentrado na capacidade de realizar atividades obrigatórias, como manter o autocuidado, à custa de atividades como hobbies, turismo ou participação em clubes ou organizações religiosas.

As atividades de lazer costumam ser fontes essenciais de significado, prazer e senso de propósito e abrangem uma categoria diversa e complexa de atividades. A perda dessas atividades muitas vezes leva a sintomas depressivos, que podem aumentar o risco de declínio físico e mortalidade e estão associadas com baixa adesão aos regimes de medicação e baixa adesão ao tratamento.

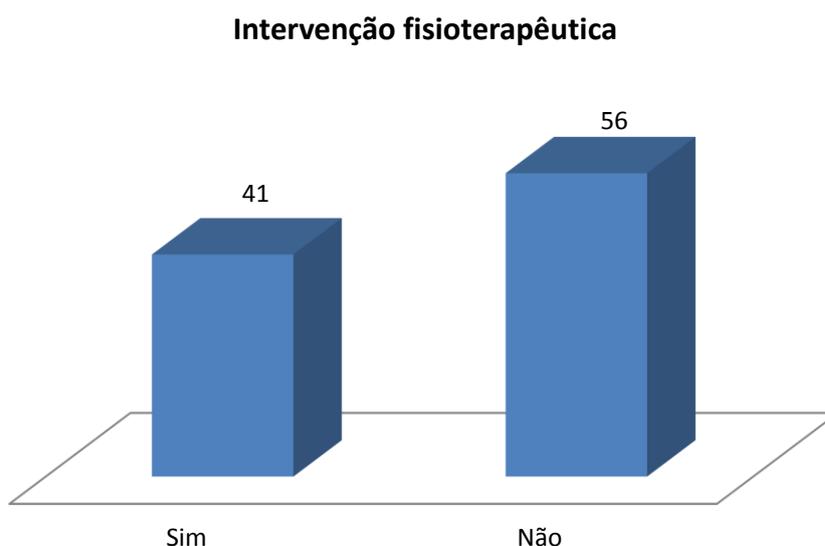
A falta de atividades de lazer pode desempenhar um papel substancial na forma como as pessoas com doenças crônicas percebem sua saúde, os sintomas da

doença e o funcionamento físico geral. Em suma, é importante compreender melhor as experiências de lazer dos indivíduos com doenças crônicas, devido às estreitas relações que essas atividades têm com a saúde de curto e longo prazo e a percepção da qualidade de vida com a doença.

4.6 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Indagados se já se submeteram a alguma intervenção fisioterapêutica para prevenir doenças ou dores, 41 (42,3%) responderam que sim e 56 (57,7%) disseram que não. Dentre os que responderam afirmativamente, as doenças tratadas foram lombalgia, gonartrose, tendinite no ombro, no joelho, esporão de calcâneo, AVC, fratura de fêmur, fratura de tíbia, câncer de pulmão e pós-operatório do pé.

Figura 12 – Intervenção fisioterapêutica



Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que nenhum dos pacientes foi encaminhado à fisioterapia devido à hipertensão ou diabetes, mas a problemas paralelos a estas doenças crônicas. Entretanto, como parte da equipe multidisciplinar, os fisioterapeutas devem ser os provedores de linha de frente na prevenção e controle da hipertensão e diabetes, auxiliando os pacientes diagnosticados ou que estão em risco, a atingir seus objetivos de atividade física.

A educação em saúde oferecida pelos fisioterapeutas oferece um conteúdo amplo e aprofundado que cobre a fisiopatologia dessas doenças e comorbidades associadas, fazendo o rastreamento, tratando as complicações e prescrevendo atividade física para indivíduos com limitações específicas e importantes do sistema de movimento humano que moderam a atividade física (FREIRE et al., 2015).

Observa-se, portanto, que os pacientes não são encaminhados regularmente a fisioterapeutas para orientação sobre o desenvolvimento de programas de atividade física para doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes e, embora sejam atendidos na atenção básica, são encaminhados somente para tratamento de uma deficiência ou limitação específica, como dor ou dificuldade de locomoção.

Ressalta-se, portanto, que a intervenção pelo fisioterapeuta, incluindo orientação sobre atividade física segura, deve ser um componente chave no tratamento das doenças crônicas, cabendo uma reflexão sobre uma falha dos profissionais de saúde em reconhecer o diabetes e a hipertensão como um mecanismo subjacente que contribui para muitas das condições diagnosticadas que os fisioterapeutas comumente examinam e tratam, expandindo sua prática e fornecendo contribuições valiosas para o controle dessas doenças.

Também deve ser ressaltado que o fisioterapeuta deve considerar o impacto das doenças crônicas e seus fatores de risco nos pacientes encaminhados para outras condições de saúde, como dores musculoesqueléticas e limitações de mobilidade, frequentes entre essas pessoas.

A triagem para hipertensão e diabetes e seus fatores de risco oferecem uma oportunidade para promover a prevenção e/ou controle da doença por meio da atividade física e informar o tratamento da dor musculoesquelética ou limitações de mobilidade. Os fisioterapeutas devem defender a atividade física regular como um componente-chave do tratamento de doenças crônicas em todas as interações com o paciente.

Questionados se o fisioterapeuta participa das consultas e reuniões mensais na unidade de saúde, 28 (28,9%) responderam que sim e 69 (71,1%) afirmaram que não.

O padrão de excelência para uma intervenção conduzida pelo fisioterapeuta deve incluir a participação deste profissional em todas as etapas do tratamento das doenças crônicas nas unidades de saúde, informando sobre os fatores de risco e

complicações relacionadas às doenças, além de educação em saúde junto a cada paciente sobre seus riscos específicos.

Fatores de risco modificáveis como sedentarismo, obesidade e hipertensão podem ser tratados diretamente por fisioterapeutas, auxiliando o paciente no desenvolvimento e implementação de programas para aumentar a atividade física. O fisioterapeuta deve trabalhar com o paciente para identificar e abordar as barreiras ao exercício, que geralmente estão relacionadas a comorbidades que requerem acomodações específicas ou modificações nos programas de exercícios (RUIVO; ALCÂNTARA, 2015).

Perguntados se já foram orientados sobre a importância dos exercícios físicos para a manutenção da saúde, 76 (78,3%) informaram que sim e 21 (21,4%) responderam que não. Dentre os que responderam afirmativamente, foi indagado qual profissional ofereceu as orientações, sendo informado que foram médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeuta, dentista e educador físico.

Segundo Araújo e Lira (2013), a atividade física é um remédio eficaz para diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas. Dado que os pacientes provavelmente têm duas ou mais comorbidades, o benefício da atividade física pode ir muito além do tratamento isolado. As melhorias podem exigir modificações no plano de manejo farmacológico do paciente, portanto, o fisioterapeuta deve facilitar as visitas de acompanhamento do paciente com o médico de atenção primária quando necessário. Informações importantes para se comunicar com o médico incluem registros de monitoramento da glicose, pressão arterial, frequência cardíaca em repouso e as principais medidas de desempenho físico.

Como um componente do gerenciamento do estilo de vida, os fisioterapeutas devem avaliar o nível atual de atividade física do paciente e fazer uma triagem para determinar o regime mais seguro e apropriado individualmente. As atividades devem ser distribuídas em três dias por semana, com no máximo dois dias consecutivos sem qualquer atividade. Além disso, são recomendadas duas a três sessões semanais de exercícios de resistência e de flexibilidade/equilíbrio. Também é importante diminuir o tempo de sedentarismo; portanto, incentivar a atividade física ao longo do dia, personalizando o programa de atividade física para os objetivos específicos do paciente, atividades preferidas, comorbidades e risco de complicações são essenciais.

Por fim, foi perguntado se consideram importante receber orientações de fisioterapeutas durante as consultas/reuniões mensais, onde toda a amostra respondeu que sim.

É direito das pessoas com doenças crônicas receber um atendimento oportuno, acessível e de boa qualidade. No entanto, o cuidado às doenças crônicas é complexo e multidirecional devido às suas necessidades multifacetadas, devendo ser administrado em uma ampla variedade de ambientes clínicos, por profissionais de saúde de diversas origens e com diversas habilidades. A via de atendimento melhora a prestação de cuidados eficazes, facilita a avaliação crítica desse atendimento e fortalece a comunicação multidisciplinar, promovendo um padrão uniforme de atendimento (FERREIRA et al., 2015).

A profissão de fisioterapeuta deve considerar como seu alcance profissional dentro do sistema de saúde atual foi expandido. Existem muitas oportunidades de parceria e desenvolvimento de relacionamentos com profissionais médicos dentro do sistema de saúde. Existem também parceiros comunitários e oportunidades de divulgação que se beneficiariam das habilidades e conhecimentos dos fisioterapeutas (por exemplo, programas de exercícios comunitários). Portanto, os fisioterapeutas têm a experiência necessária para prescrever com segurança e eficácia a atividade física e supervisionar os exercícios em indivíduos clinicamente complexos.

5 PRODUTO EDUCATIVO

Ao se constatar que a fisioterapia pode contribuir com o cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos do município, este produto educativo busca sensibilizar a gestão municipal sobre a importância da inserção de um serviço fisioterapêutico dedicado a esses pacientes, como forma de melhorar a qualidade de vida dessa população e também de reduzir custos ao sistema de saúde.

Assim, foi elaborado uma proposta de atuação (Apêndice C), que será encaminhada à secretaria municipal de saúde de Presidente Kennedy-ES, descrevendo a importância do serviço e os resultados esperados com a sua implementação.

A proposta baseia-se na criação de serviços de fisioterapia voltados para populações com doenças crônicas. Atualmente, não existe no município nenhum serviço especificamente responsável por oferecer atividades às pessoas que, uma vez diagnosticadas, foram indicadas para a prática de atividade física por conta própria.

Os profissionais de saúde não prescrevem um cronograma de treinamento para esses pacientes, uma vez que eles não são formados nesta área. Essa situação tem graves consequências, pois alguns pacientes passam a realizar atividades físicas sem que ninguém estabeleça diretrizes específicas de intensidade, frequência, duração, de acordo com sua enfermidade, para melhorar ou manter uma melhor qualidade de vida.

Assim, muitos não adotam ou acabam abandonando a atividade física, perdendo os benefícios que esta traz para a doença. Entende-se que sessões de fisioterapia com pessoas na mesma situação podem motivar e reforçar sua adesão a um estilo de vida mais saudável e os profissionais de fisioterapia podem desenvolver um trabalho de qualidade, prescrevendo e controlando o tratamento desses pacientes.

Assim, um serviço seria prestado a pacientes com diabetes e hipertensão arterial, envolvendo também as comorbidades ocasionadas por essas doenças, como insuficiência cardíaca, asma brônquica, doença pulmonar, dislipidemia e arteriosclerose, obesidade, dor nas costas, distúrbio neuromuscular, acidentes cerebrovasculares, doenças renais, depressão, ansiedade e sedentarismo.

Todo esse processo reuniria um grupo multidisciplinar, com médicos especialistas, enfermeiros, fisioterapeutas e graduados em educação física, criando uma equipa multidisciplinar, que contribuirá para proporcionar maior qualidade e segurança a este setor da sociedade.

Pretende-se, com esta proposta, sensibilizar a gestão de saúde municipal para a necessidade de um serviço deste tipo, tanto no tratamento dos referidos doentes crônicos, melhorando a sua qualidade de vida, como na realização de uma ação de prevenção primária dessas doenças.

Tentar resolver o grave problema que existe na área da saúde no que diz respeito à terrível praga das doenças crônicas, que tanto assola atualmente, com a criação de um serviço de prevenção e melhoria da qualidade de vida dos doentes crônicos, proporcionará uma melhor qualidade de vida para os habitantes de Presidente Kennedy e pode reduzir as taxas de ocupação hospitalar, diminuindo também os elevados custos de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido para fornecer uma visão sobre a atuação da fisioterapia junto a pacientes diabéticos e hipertensos em uma unidade de saúde. Para tanto, participaram da pesquisa pacientes cadastrados no Programa Hiperdia, que responderam a um questionário envolvendo aspectos gerais da doença, adesão ao tratamento, autonomia e participação do fisioterapeuta nas ações desenvolvidas junto a essa população.

Ao confrontar os resultados obtidos com os objetivos traçados para a pesquisa, contando com as informações coletadas e a revisão dos estudos sobre o problema, é possível estabelecer conclusões enriquecedoras e relevantes em torno do problema, que podem contribuir para novas perspectivas e conhecimento sobre o assunto.

A população foi composta majoritariamente por mulheres, com maior número de indivíduos com mais de 60 anos e baixa escolaridade. Dentre estes, um maior percentual de pessoas com hipertensão e o restante com hipertensão e diabetes, não havendo nenhum respondente somente diabético. As comorbidades, em sua maioria, envolveram taxas alteradas de colesterol e triglicerídeos e a deficiência visual foi bastante significativa, atingindo quase a totalidade da amostra.

Os respondentes consideram que manter uma dieta equilibrada e fazer atividades físicas regulares são a parte mais difícil do tratamento, o que explica o alto número de sedentários na amostra e o número reduzido de praticantes de atividades. Também se constatou que as atividades de lazer são desenvolvidas por uma pequena parcela da amostra.

O percentual de pacientes com grande dificuldade de resistência física, observado na atividade de subir degraus, mostrou-se preocupante, pois demonstra a pouca ou nenhuma atividade física desta população. Também foi considerada uma deficiência grave o déficit visual da amostra, pois tal situação os coloca em grande risco de quedas, para a utilização correta de medicamentos e das demais atividades da vida diária.

A adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes foi considerada boa no estudo e a natureza assintomática das doenças foi o motivo mais citado para o não uso de medicamentos regulares, entretanto, poucos entrevistados relataram esta situação. Para resolver essas questões, pode ser recomendado que os profissionais

de saúde envolvidos no manejo da hipertensão e diabetes criem maior conscientização entre seus pacientes, a fim de promover um melhor controle da doença e melhorar os resultados de saúde.

Nenhum paciente foi encaminhado ao serviço de fisioterapia devido à sua doença crônica, só ocorrendo esse encaminhamento devido a problemas diversos. Entretanto, todos consideram importante a participação deste profissional na equipe de cuidados. Esses resultados confirmam a importância de integrar, nas propostas de intervenção, componentes que, no seu conjunto, delineiem um comportamento que garanta o nível de compromisso e adesão aos tratamentos médicos. A implementação de ações de fisioterapia junto aos diabéticos e hipertensos nas unidades de saúde podem contribuir com a prevenção de complicações, por meio de estratégias que busquem limitar os danos dessas doenças.

Dada a importância da atividade física no controle e prevenção do diabetes e hipertensão, a atuação do fisioterapeuta é imprescindível na equipe multiprofissional, contribuindo para a prescrição adequada de atividades físicas, além de promover orientações e cuidados para as diversas complicações dessas doenças.

O não reconhecimento, por parte da gestão, do papel dos fisioterapeutas como provedores de linha de frente na prevenção e gerenciamento do diabetes e hipertensão aumenta o risco de comorbidades e limita o potencial de saúde dos pacientes. Assim, a pesquisa apóia fortemente o papel dos fisioterapeutas na prevenção, tratamento e gerenciamento de doenças crônicas, incluindo hipertensão e diabetes, envolvendo a participação do paciente em programas que melhoram e mantêm o bem-estar físico, impactando na qualidade de vida e no uso futuro dos serviços de saúde.

Após a pesquisa, foi possível concluir que os profissionais de fisioterapia são essenciais para a identificação das necessidades educacionais e dos aspectos nos quais as pessoas com hipertensão e diabetes precisam ser apoiadas, para um controle adequado da doença.

Dentre os pontos fortes deste estudo, destaca-se a mensuração de aspectos além da abordagem farmacológica do regime terapêutico em pessoas com hipertensão e diabetes, incluindo indicadores relacionados à alimentação, exercícios físicos, controle de comportamentos que potencializam a patologia, as deficiências associadas e atividades de vida diária.

Uma possível limitação é o auto-relato dos entrevistados, que pode superestimar a adesão. Em relação às implicações deste estudo para a prática, a utilização deste instrumento, em conjunto com outros indicadores de controle dessas doenças, podem servir de base para ações específicas nas variáveis observadas como críticas, como o sedentarismo, por exemplo.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, G. G.; NEVES, L. M. T. Desafios da Integralidade: Revisando as Concepções Sobre o Papel do Fisioterapeuta na Equipe de Saúde da Família. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 551-564, 2011.
- ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, O. A. E.; RODRIGUES, M. C. S.; SANTOS, W. S. Análise-reflexiva sobre o evento queda na segurança do paciente em hemodiálise. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 4, p. 1-5, 2016.
- ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 439-449, 2013.
- AQUINO, R. et al. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática** Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ARAGÃO, E. I. S. et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2367-2374, 2017.
- ARAÚJO, M. F. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Rev Esc Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.
- ARAÚJO, M. V. G. G.; LIRA, F. A. S. Atividade física na redução da hipertensão arterial em idosos na unidade de saúde da família. **REBES**, v. 3, n. 4 p. 01-10, 2013.
- AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1467-78, 2011.
- BARRETO, M. N. et al. Analysis of access to hypertensive and diabetic drugs in the Family Health Strategy, State of Pernambuco, Brazil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 2, p. 413-424, 2015.
- BARRILE, S. R. et al., Efeito agudo do exercício aeróbico na glicemia em diabetes 2 sob medicação. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, v. 21, n. 5, p. 1-13, 2015.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
- BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2018.

BOCCOLINI, C. S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Desigualdades na utilização de serviços de saúde: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 150, p. 1-8, 2016.

BRAGA, A. F.; ROSA, K. O. L. C.; NOGUEIRA, R. L. Atuação do fisioterapeuta nas equipes de saúde da família. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 19-24, 2008.

BRANT, L. C. C. et al. Variações e particularidades da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e nos estados brasileiros em 1990 e 2015: estimativas do Global Burden of Disease. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 116-128, 2017.

BRASIL, A. C. O. et al. O papel do Fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n.1, p. 3-6, jan./mar. 2005.

BRASIL. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2019.

BRASIL. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M. I. S.; MATTOS, M. C. Projeto Ético-Político de Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BUNDY, J. D. et al. Systolic Blood Pressure Reduction and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: A Systematic Review and Network Meta-analysis. **JAMA Cardiol**, v. 2, n. 7, p. 775-781, 2017.

CARDOSO, F. N. et al. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Min Enferm**, v. 24, n. 1275, p. 1-8, 2020.

CARVALHO, T. C. et al. Risk of falls in people with chronic kidney disease and related factors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, n. 3289, p. 1-14, 2020.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1547-54, 2011.

CHANDLER, J. M. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

COSTA, L. R. et al. Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil. **Rev. bras. Fisioter**, v. 16, n. 5, p. 422-430, 2012.

DUARTE, C. K. et al. Nível de atividade física e exercício físico em usuários com diabetes mellitus. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 215-221, 2012.

DUARTE, S. J. H.; BORGES, A. P.; ARRUDA, G. L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da universidade federal do mato grosso. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 2, p. 277-82, 2011.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FERREIRA, J. M. et al. Indicadores de qualidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 45-68, 2018.

FERREIRA, J. S. et al. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em debate**, v. 39, n. 106, p. 792-801, 2015.

FIGUEIRA, M. C. S.; LEITE, T. M. C.; SILVA, E. M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 414-9, 2012.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 315-29, 2012.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

FREIRE, A. P. C. F. et al. Implementação de ações fisioterapêuticas na prevenção de complicações do diabetes em uma Estratégia de Saúde da Família. **Fisioterapia em Movimento**, v. 28, n. 1, p. 69-76, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atua. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p. 37-48, 2009.

HORTENCIO, M. N. S. et al. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Rev Brasileira de Promoção de Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2018.

JORDAN, J. Et al. Arterial Hypertension: Diagnosis and Treatment. **Dtsch Arztebl Int**, v. 115, n. 33-34, p. 557-568, 2018.

LEMOS, V. M. F. Gestão de serviços de saúde do SUS para os hospitais filantrópicos. 2011. 156f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

LENTSCK, M. H.; LATORRE, M. R. D. O.; MATHIAS, T. A. F. Trends in hospitalization due to cardiovascular conditions sensitive to primary health care. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 372-384, 2015.

LOPES, J. M.; GUEDES, M. B. O. G. **Fisioterapia na Atenção Primária: Manual de Prática Profissional Baseado em Evidência**. São Paulo: Atheneu, 2019.

MACINKO, J. M. et al. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. p. 18-37, 2018.

MAGALHÃES, J. C. G.; GONDIM, A. C.; BARROS, G. A. S. O. R. **Inserção da fisioterapia na estratégia de saúde da família**. 2012. 16 p. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade Redentor, Campos dos Goytacazes.

MALTA, D. C. et al. Health care in adults with self-reported hypertension in Brazil according to the National Health Survey, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, Suppl 2, p. 109-122, 2015.

MARINHO, N. B. P. et al. Risk for type 2 diabetes mellitus and associated factors. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p. 569-574, 2013.

MCCARTHY, M. I. Genomics, type 2 diabetes, and obesity. **N Engl J Med**, v. 363, n. 24, p. 2339-2350, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS; 2012.

MENESES-BARRIVIERA, C. L. et al. Provável Associação de Perda Auditiva, Hipertensão e Diabetes Mellitus em Idosos. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, v. 22, n. 04, p. 337-341, 2018.

MIELCZARSKI, R. G. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 71-78, 2012.

MIRANDA, F. A. C. **Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Propostas para a Prática**. Curitiba: Appris, 2019.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2005.

MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 1, p. 36-41, 2013.

MOURA, A. A. et al. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Enferm Glob**, v. 15, n. 43, p. 1-13, 2016.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

OLOKOBA, A. B. et al. Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Current Trends. **Oman Med J**, v. 27, n. 4, p. 269-273, 2012.

PICON, R. V. et al. Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Primary Care - A MetaAnalysis. **Int J Hypertens**, v. 12, n. 7, p. 1-9, 2017.

PIMENTEL, A. et al. Práticas de cuidado na atuação da psicologia clínica e da saúde: uma revisão crítica da literatura. In: MOREIRA, A. C. G.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANE, P. P. F. (Orgs.). **Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção**. Belém: Para-Tatu, 2014.

PINTO, L. F. et al. Do Programa à Estratégia da Saúde da Família: Expansão do Acesso e Redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018.

PIZA, T. F. T. et al. Leisure physical activity of people with and without chronic non-communicable diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl 6, p. 1-7, 2020.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **Bmj**, v. 349, n. 1, p. 1-14, 2014.

REINOLDS, R. et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. **BMC Fam Pract**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2018.

REIS, L. A. et al. Idoso com limitações funcionais diárias. **Rev. Cubana de Enfermeria**, v. 33, n. 1, p. 1-14, 2017.

RIANI, P. L. K.; TUTRUT, E. M. P. Fisioterapia na Atenção Primária: Experiência de Estágio Curricular em Barbacena/Minas Gerais. **Braz. J. of Develop**, v. 6, n. 10, p. 75421-75427, 2020.

RIBEIRO, M. et al. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em Revista**, v. 1, n. 1, p. 29-38, 2019.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 477-86, 2007.

ROCHA, L. P. et al. Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Fisioterapia Brasil**, v. 21, n. 6, p. 625-646, 2020.

RUBIN, O.; AZZOLIN, K.; MULLER, S. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. **Medicina**, v. 44, n. 4, p. 367-70, 2011.

RUIVO, J. A.; ALCÂNTARA, P. Hipertensão arterial e exercício físico. **Rev. Port Cardiol**, v. 31, n. 2, p. 151-158, 2015.

SALCI, M. A. et al. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017.

SALVADOR, G. G.; DELFRARO, J. A. S. O fisioterapeuta no programa de saúde da família (PSF). **Acta Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2011.

SANTIAGO, E. R. C. et al. Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 113, n. 4, p. 687-695, 2019.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**, v. 11, n. esp., p. 61-71, 2010.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 652-60, 2009.

SARNO, F.; BITTENCOURT, C. A. G.; OLIVEIRA, S. A. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Einstein**, v. 18, p. 1-6, 2020.

SCHAWAB, G. L. et al. Percepção de inovação na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp. P. 307-318, 2014.

SHRIER, I. GOSSAL, K. Myths and Truths of Stretching. **The Physician Sports medicine**, v. 28, n. 1, p. 35-46, 2000.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017.

SILVA, E. F. F. et al. Risk factors and complications in type 2 diabetes outpatients. **Rev Assoc Med Bras**, v. 63, n. 7, p. 621-627, 2017.

SILVEIRA, J. A. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 43-9, 2010.

SOUSA, M. G. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev Bras Hipertens**, v. 22, n. 3, p. 78-83, 2015.

TORTORELLA, C. C. S. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 469-480, 2017.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 660-6, 2009.

VICENTE, N. G. et al. Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Diabetes Mellitus. **Enferm Glob**, v. 17, n. 52, p. 446-486, 2018.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimate for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 127, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

WONG, E. et al. Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 1, n. 1, p. 106-114, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

I – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1. Gênero: () Masculino () Feminino
2. Idade: () 21 a 30 anos; () 31 a 40 anos; () 41 a 50 anos; () 51 a 60 anos; () 61 a 70 anos; () Acima de 70 anos; () Acima de 80 anos.
3. Escolaridade: () não sei ler e escrever; () Ensino Fundamental; () Ensino Médio; () Superior; e mais () não estudei.

II – PERFIL CLÍNICO

Você apresenta: () Diabetes; () Hipertensão; () Ambos
 Apresenta alguma doença associada? () AVC () Doença renal crônica ()
 Trombose () colesterol () Triglicerídeo () Outras _____

Apresenta algum fator de risco associado? () álcool; () Tabagismo; ()
 Sedentarismo; () Estresse () Dieta rica em gordura Outras: _____

POSSUI ALGUMA DESTAS DIFICULDADES?

Visual: () S () N Se sim, usa óculos? () S () N

Auditiva: () S () N Se sim, usa aparelho auditivo? () S () N

Motora: () S () N Se sim, usa algum aparelho? () S () N Qual?

Outra: () S () N Qual? _____

Utiliza algum dispositivo auxiliar para caminhar? () S () N Se sim, qual? _____

Quantas quedas nos últimos 6 meses? () 0 () 1 () 2 () 3 () + de 3

Teve Fratura? () Sim () Não

Se sim, quando a última queda

ocorreu? _____

III – ADESÃO AO TRATAMENTO

1. A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus medicamentos. Você tem alguma? () Sim () Não
2. Nos últimos 7 dias, quantas vezes você não tomou os medicamentos?
 () Nenhuma () Entre 1 e 2 vezes () Entre 3 e 4 vezes () Mais de 4 vezes
3. Você Toma os medicamentos na hora indicada? () Sim () Não
4. Já deixou de tomar seus medicamentos por estar passando bem? () Sim () Não

5. A parte mais difícil do tratamento é:
- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Manter uma dieta balanceada | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Fazer o exercício físico | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Vir ao serviço de saúde | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Buscar o medicamento | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
- Outros: _____

6. Você prepara refeições para si mesmo, ou você ajuda a preparar?

- Nunca ()
 Às vezes (1 ou 2 vezes por semana ()
 Quase sempre (3 a 5 vezes por semana ()
 Sempre (mais de 5 vezes por semana ()
 Outra pessoa prepara para mim () Quem

7. Quantos lances de escada você sobe por dia? (1 lance de escadas tem 10 degraus)

- Eu nunca subo escadas ()
 1-5 ()
 6-10 ()
 Mais de 10 ()

IV - ATIVIDADES ESPORTIVAS

Você pratica algum esporte?

Esporte 1:
 Nome: _____
 Intensidade: _____
 Horas por semana: _____
 Quantos meses por ano: _____

ATIVIDADES DE LAZER

Você tem alguma atividade de lazer?

Atividade 1:
 Nome: _____
 Horas por semana: _____
 Quantos meses por ano: _____

V – ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

1. Você já fez fisioterapia para prevenir doenças ou dores?
 () Sim. Qual doença? _____ () Não
2. O fisioterapeuta participa das consultas e reuniões mensais na sua Unidade de Saúde? () Sim () Não

3. Você já foi orientado sobre a importância de exercícios físicos para a manutenção da sua saúde? () Sim. Por qual profissional? _____
() Não
4. Você considera importante receber orientações de fisioterapeutas durante as consultas/reuniões mensais? () Sim. () Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) Atuação do Fisioterapeuta na Promoção da Saúde dos Pacientes Diabéticos e Hipertensos na Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia, município de Presidente Kennedy-ES, conduzida por Sara Neves Ribeiro. Este estudo tem por objetivo Descrever a importância do profissional Fisioterapeuta na promoção da Saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia, no município de Presidente Kennedy-ES.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário composto por 20 perguntas, a ser realizado na própria unidade de saúde, com duração aproximada de 15 minutos.

Você foi selecionado(a) por estar cadastrado no Programa Hiperdia da unidade de saúde Santa Lúcia. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos desta pesquisa se referem a possível desconforto e constrangimento ao realizar o questionário. Para minimizar este constrangimento, será realizada uma conversa prévia com os pacientes, em um local reservado junto com a pesquisadora, onde possa se sentir mais confortável e a vontade para realizar o questionário. Sendo assim, em caso de algum desconforto, ou mal estar, a pesquisadora do presente estudo irá encaminhar o participante para o serviço de atendimento médico no local da realização da pesquisa.

Espera-se com esta pesquisa demonstrar a importância do profissional Fisioterapeuta na promoção da saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos na Estratégia de Saúde da Família e, a partir dos resultados obtidos, propor à Secretaria Municipal de Saúde do município de Presidente Kennedy ações que abordem a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde desses pacientes.

Informamos ainda que: a) a participação na pesquisa não será remunerada nem implicará em gastos para os participantes; b) haverá ressarcimento para eventuais despesas de participação, tais como: transporte e alimentação, etc.; c) indenização: cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O(s) pesquisador(es) responsável se compromete(m) a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este termo possui duas vias de igual teor onde uma ficará com o pesquisando e outra com o pesquisador.

Nome completo: _____

RG: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Telefone: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura pesquisador: _____ Data: ___/___/___

(ou seu representante)

Nome completo: _____

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com _____, via e-mail: _____ ou telefone: _____.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FVC

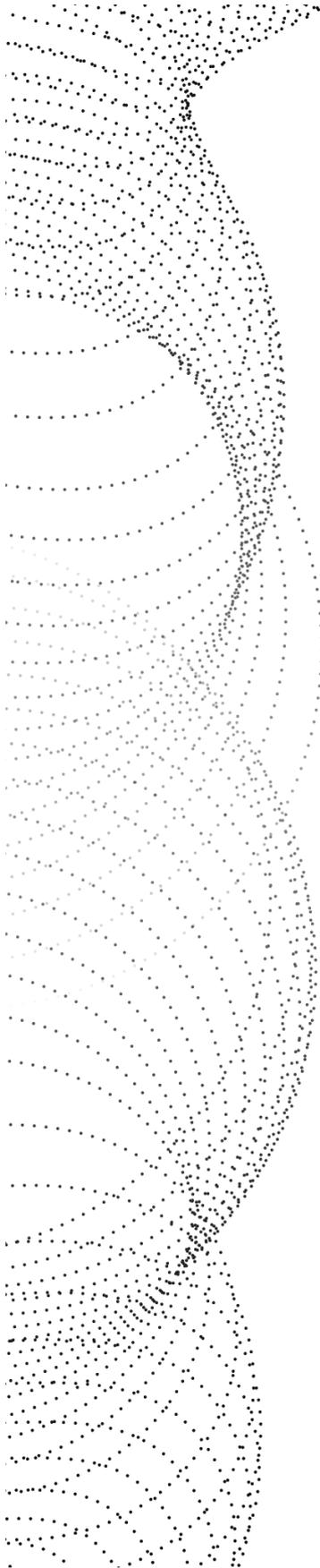
SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29933-415

FONE: (27) 3313-0028 / E-MAIL: cep@ivc.br

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SARA NEVES RIBEIRO

ENDEREÇO: PRESIDENTE KENNEDY

APÊNDICE C – PRODUTO EDUCATIVO



PROJETO DE INSERÇÃO DO
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE PRESIDENTE
KENNEDY-ES



Exmo. Senhora Alessandra das Neves Lima
Secretária Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-
ES

Vimos por meio desta, apresentar um projeto de inserção dos serviços de fisioterapia nas unidades de saúde da atenção básica, por crer que esta instituição, atuante na área de saúde pública do município, tem por meta a eficiência e qualidade dos serviços prestados à população.

Em anexo incluímos, além do referido projeto, a dissertação de mestrado, que apresenta os resultados das percepções e constatações alcançadas com uma pesquisa realizada com 97 usuários da unidade de saúde Santa Lúcia e que demonstra a necessidade da inserção dos profissionais de fisioterapia para ações preventivas e curativas, o que proporcionará, além de uma melhor qualidade de vida da população atendida, uma redução dos custos do sistema de saúde.

Apreciaríamos muito que dispensasse um período do seu tempo na análise deste projeto, que tem por objetivo um serviço de qualidade, em consonância com as metas da sua gestão frente à secretaria municipal.

Aguardamos com interesse a oportunidade de expor detalhadamente as etapas do projeto.

Atenciosamente,

Sara Neves Ribeiro
José Roberto Gonçalves de Abreu



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia definida no congresso de Alma Ata, em 1978, onde se estabeleceram avanços para a superação dos modelos biomédicos, enfocados sobre a doença, oferecendo cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas e de base científica, disponibilizados a todos os indivíduos da comunidade, através da sua plena participação.

Cada unidade de saúde do município é atendida por um grupo de profissionais de saúde, que compõem as Equipes de Atenção Básica e que são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde à população. De forma coordenada, integral, permanente e contínua. A oferta dos serviços de atenção básica faz parte do portfólio de serviços do Sistema Único de Saúde e, aqui inseridos, estão os portadores de diabetes e hipertensão, atendidos pelo Hiperdia, foco de uma pesquisa aprofundada desta pesquisadora, que percebeu a carência de atenção fisioterapêutica a esta população.

As unidades de saúde são estruturas equipadas com os meios necessários para garantir a prestação de serviços integrais de saúde de primeiro nível, de caráter preventivo, curativo e reabilitador. Entretanto, as atividades preventivas podem estar sendo prejudicadas pela falta de profissionais da fisioterapia, que desenvolvem ações preventivas e de educação em saúde importantes para grande parte da população, ações estas que envolvem promoção da saúde, cuidado familiar e comunitário, orientação sobre estilos de vida saudáveis, prevenção do risco cardiovascular, prevenção e detecção precoce do diabetes e hipertensão, orientação e apoio nos cuidados de saúde, especialmente em pacientes dependentes e seus cuidadores familiares, educação para grupos de pacientes e cuidadores familiares, além de ações de reabilitação básica e fisioterapia.



Este projeto de intervenção surgiu na observação dos encontros do Hiperdia na unidade em que a pesquisadora atua, observando o elevado número de pacientes crônicos cadastrados no programa que necessitam de atendimento fisioterapêutico.

Assim, entende-se que o papel do fisioterapeuta é essencial na prevenção, tratamento e gerenciamento das doenças crônicas, incluindo hipertensão e diabetes, com intervenções que incluem prescrição de exercícios e a participação em ações que melhorem e mantenham o bem-estar físico, que tem um impacto significativo na qualidade de vida (QV) e no uso futuro dos serviços de saúde.



OBJETIVOS

O projeto tem objetivo promover ações de conscientização sobre o uso adequado de medicamentos e estilo de vida saudável em pacientes com diagnóstico de hipertensão a diabetes no município de Presidente Kennedy, sendo fonte de informação e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, buscando, assim, maior adesão ao tratamento.

Os objetivos da inserção da fisioterapia nas unidades de saúde são:

Criar hábitos de vida saudáveis;

Prevenir doenças crônicas;

Proporcionar maior adesão ao tratamento dos doentes crônicos atendidos;

Conscientizar sobre os riscos que o abandono do tratamento ou gestão inadequada da doença pode trazer para o estado de saúde;

Realizar atividades educativas junto à população em geral, por meio de palestras, grupos de trabalho, atividades recreativas e esportes.

JUSTIFICATIVA

Considera-se importante a realização deste projeto, pois, devido à alta prevalência de doenças crônicas no município, este é um dos principais motivos para o atendimento na atenção básica. Da população local, 976 indivíduos (11,38%) são cadastrados como diabéticos e 3.106 (36,21%) são hipertensos. Portanto, a melhoria da qualidade da assistência no acompanhamento desses pacientes permitirá que sejam realizadas intervenções da fisioterapia, para que possam manter a doença sob controle, por meio da promoção de hábitos saudáveis e atividades físicas direcionadas e individualizadas, melhorando a sua qualidade de vida.

Por outro lado, a realização deste projeto permitirá aos profissionais das equipes multiprofissionais identificar precocemente os aspectos de atenção aos pacientes, pois na maioria das vezes, a adesão ao tratamento e a modificação dos hábitos de vida é dificultada pela falta de envolvimento dos profissionais e pelas informações incompletas oferecidas aos pacientes garantindo que estes recebam educação em saúde adequada e controle adequado da doença e suas comorbidades, bem como daquelas pessoas em risco de desenvolver esses problemas.

São necessárias ações para melhorar o conhecimento dos pacientes e suas famílias sobre os riscos e os cuidados que devem ter antes do aparecimento da hipertensão e diabetes, os riscos que pode trazer a baixa adesão ao tratamento e as doenças que podem ser desenvolvidas, buscando assim, a conscientização sobre o uso adequado de medicamentos e hábitos de vida saudáveis.

Por fim, o profissional de fisioterapia, por ter uma visão mais qualificada das intervenções físicas e reabilitadoras, possui um olhar mais crítico sobre novas intervenções, que lhe permite



identificar os aspectos que precisam ser melhorados para oferecer um cuidado profissional de qualidade.

RECURSOS HUMANOS

Para um atendimento integral da fisioterapia em cada uma das 11 unidades de saúde (Sede, Marobá, Jaqueira, Santa Lúcia, Santo Eduardo, São Paulo, Boa Esperança, Cancelas, Gromogol, São Salvador e Mineirinho), são necessários 11 fisioterapeutas em regime de 30 horas semanais de jornada de trabalho, como determinado pela Lei Federal nº 8.856, de 1 de março de 1994.

A gestão de pessoas com condições crônicas requer uma abordagem multidisciplinar e baseada em equipe entre um clínico geral, fisioterapeuta, fisiologista do exercício e outros profissionais de saúde. Com o aumento do número da população necessitando de serviços de fisioterapia e reabilitação, devido ao aumento da expectativa de vida, doenças crônicas, acidentes de trânsito, riscos ocupacionais, etc., o recurso humano atual é insuficiente em termos de número e de profissionais com formação adequada.

As normas mundiais de fisioterapia exigem que os ambientes físicos tenham espaço adequado ao número e tipos de pacientes atendidos, de forma a garantir privacidade, segurança e conforto aos pacientes. Assim, o município precisa de um centro de reabilitação dedicado a atender as necessidades especializadas de pacientes que requerem serviços de reabilitação de curto e longo prazo. É necessário integrar os serviços de fisioterapia no atendimento ao paciente em todas as áreas para que possa ser ofertada uma assistência de qualidade. A integração dos serviços de fisioterapia no nível da atenção primária tem possibilidade de trazer a melhoria da qualidade de vida dos doentes crônicos locais. Assim, é necessário que a gestão se conscientize sobre a utilidade dos serviços de fisioterapia e reabilitação, aumentando o quantitativo de fisioterapeutas na atenção básica, para que possa ser realizado o atendimento proposto.

RECURSOS MATERIAIS

Para desenvolver as ações da fisioterapia, é necessária uma sala própria em cada unidade de saúde com:

- Mobiliário (mesa, cadeira, armário, material de consumo);
- Suprimentos básicos (balança, goniômetro, fita métrica, bolas suíças, faixas elásticas, muletas, bengalas, rolos de espuma, escadas de madeira);
- Equipamentos de mecanoterapia (barras paralelas, halteres);
- Equipamentos de eletroterapia (TENS, ultrasson, laser, aparelho de ondas curtas);
- Equipamentos de termoterapia (infravermelho);
- Equipamentos de hidroterapia (turbilhão, mesa ortostática);
- Colchonetes;
- Bastões;
- Alteres;
- Caneleiras;
- Bolas;
- Faixas elásticas.

AÇÕES PROPOSTAS

Desenvolver atendimento fisioterápico junto aos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia (hipertensos e diabéticos), desenvolvido nas unidades básicas de saúde do município de Presidente Kennedy – ES.

Inicialmente o paciente será encaminhado para a triagem, onde será aferida a pressão arterial e medição de glicemia. Estes dados serão armazenados em uma planilha específica para acompanhamento e monitoramento dos pacientes, com o objetivo de avaliar mensalmente os resultados do programa.

Os pacientes serão avaliados de acordo com sua patologia e queixas, sendo então traçado o plano de tratamento fisioterápico. O atendimento será realizado duas vezes na semana, com duração de 40 minutos, durante o período matutino e/ou vespertino, delimitado pelo profissional. Serão formados pequenos grupos de atendimento, separados de acordo com o plano de tratamento, e o número de participantes será limitado a dimensão do espaço físico disponibilizado (auditório, área externa, etc).

O profissional fisioterapeuta estará locado somente em uma unidade de saúde, com carga horária igual ou superior a 20 horas semanais, com vínculo via processo seletivo simplificado ou concurso público municipal.

As atividades a serem desenvolvidas são: alongamento global; fortalecimento de membros superiores e inferiores; caminhada; treino proprioceptivo; treinamento postural; mobilização articular; dessensibilização, entre outros. Para as quais utilizaram os seguintes equipamentos:

BENEFICIOS ESPERADOS

Vários estudos têm mostrado que a reabilitação realizada pela fisioterapia reduz a mortalidade, melhora o prognóstico funcional e reduz os custos gerais derivados das doenças crônicas. A reabilitação é um processo limitado no tempo e orientado por objetivos específicos de curto prazo (dias/semanas) e longo prazo (meses) e seu objetivo é evitar complicações e atingir a capacidade funcional máxima dos indivíduos para facilitar a independência e reintegração no ambiente familiar, social e de trabalho. Para cada paciente, um programa individualizado, com objetivos e plano de intervenção terapêutica claros deve ser realizado, reavaliando periodicamente o processo de recuperação e, se necessário, ser adaptado, dependendo da evolução.

Assim, a inserção do serviço de fisioterapia nas unidades de saúde contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos habitantes do município de Presidente Kennedy, conscientizando a população em geral sobre a hipertensão e diabetes e orientando os doentes crônicos e suas famílias sobre a importância do tratamento e autocuidado, contribuindo para a redução de comorbidades associadas ao descontrole dessas doenças.

Após o diagnóstico de uma doença crônica, os pacientes muitas vezes não têm certeza de onde podem ou devem pedir ajuda. Médicos e enfermeiras são essenciais para o tratamento contínuo e o controle da dor, mas quem mais pode ajudar? Os fisioterapeutas podem não diagnosticar sua condição em primeiro lugar, mas certamente ajudam a controlá-la (e em alguns casos a melhorar) ao longo do tempo.

Com uma doença ou enfermidade crônica, as mudanças no estilo de vida são inevitáveis. Para alguns, isso acontece rapidamente, mas em outras situações, essas mudanças acontecem lentamente ao longo do tempo. Não importa o cenário que enfrente, trabalhar com uma equipe de fisioterapia é uma



ótima maneira de construir rotinas saudáveis e aumentar a força e a resistência para aumentar os níveis de movimento e atividade.

Com a fisioterapia e a atividade física integradas aos hábitos diários, o paciente passa a ter uma rotina. Isso é importante porque o mantém ativo, minimiza a dor e o desconforto e ajuda a mantê-lo no caminho certo e com melhor qualidade de vida. Os fisioterapeutas são treinados para avaliar as necessidades individuais dos pacientes e formular planos e cronogramas de atividades com base nesses resultados.

O plano de tratamento irá evoluir e mudar conforme as capacidades do paciente e seus objetivos vão mudando ao longo da intervenção. Assim, a intervenção fisioterapêutica pode não curar a doença, mas a participação em exercícios regulares ajuda a diminuir as suas complicações potenciais. Além disso, ajuda a garantir que as pessoas voltem a um estilo de vida ativo o mais rápido e sem dor possível.

Observa-se, portanto, que as intervenções de fisioterapia, incluindo prescrição de exercícios e apoio de autogestão, são eficazes na prevenção e gestão de condições crônicas.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, Jairo Fricks Teixeira, ocupante do cargo de Secretário de Saúde na Unidade Sanitária Santa Lúcia, autorizo a realização nesta unidade de saúde a pesquisa Atuação do Fisioterapeuta na Promoção da Saúde dos Pacientes Hipertensos na Estratégia de Saúde da Família de Santa Lúcia - PK, sob a responsabilidade da pesquisadora Sara Neves Ribeiro, tendo como objetivo primário (geral) Avaliar a importância do profissional Fisioterapeuta na promoção da Saúde dos Pacientes Hipertensos da Estratégia de Saúde da Família de Santa Lúcia - PK.

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

Presidente Kennedy-ES, 27 de novembro de 2020.


Assinatura do responsável e carimbo e ou CNPJ da instituição coparticipante

Jairo Fricks Teixeira
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 00194/2019

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do Fisioterapeuta na Promoção da Saúde dos Pacientes Hipertensos na Estratégia de Saúde da Família de Santa Lúcia - PK

Pesquisador: SARA NEVES RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40698220.2.0000.8207

Instituição Proponente: INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.457.617

Apresentação do Projeto:

Na atualidade, é necessária a participação de um fisioterapeuta para atuar de forma permanente nas ESF, com o objetivo de criar vínculos com a população, facilitar o acesso dessas pessoas ao atendimento fisioterápico, visto que na maioria dos municípios brasileiros as equipes de ESF não contam com os saberes do profissional de fisioterapia.

Assim, a questão problema que a pesquisa buscará responder: Como a introdução do fisioterapeuta na promoção da saúde pode contribuir para reduzir os índices de hipertensos na Unidade Básica de Santa Lúcia - PK?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a importância do profissional Fisioterapeuta na promoção da Saúde dos Pacientes Hipertensos da Estratégia de Saúde da Família de Santa Lúcia – PK.

Objetivo Secundário:

Fazer um levantamento dos pacientes hipertensos acompanhados pela Estratégia de Saúde de Santa Lúcia-PK. Descrever os benefícios da atuação do fisioterapeuta na promoção da Saúde dos pacientes portadores de hipertensão Arterial Sistêmica da Estratégia de Saúde da Família de Santa

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 29.933-415

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@jvc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 4.457.617

Lúcia –PK.

Identificar, com base na literatura da área, em que medida a composição de um fisioterapeuta à ESF promoveria a redução dos agravos à e a melhoria da qualidade de vida, principalmente no que concerne as incapacidades funcionais decorrentes de patologias crônicas como a Hipertensão

Arterial Sistêmica.

Avaliar os possíveis desafios encontrados pelo fisioterapeuta para a efetivação da promoção da saúde dos pacientes hipertensos na Unidade de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como desconforto e riscos em potenciais este estudo prevê um constrangimento ao realizar o questionário. Para minimizar este constrangimento, será realizada uma conversa prévia com os pacientes portadores de hipertensão arterial, será direcionado a um local reservado junto com a pesquisadora, onde possa se sentir mais confortável e a vontade para realizar o questionário. Sendo assim, em caso de algum desconforto, ou mal estar, a pesquisadora do presente estudo ira encaminhar o participante para o serviço de atendimento médico no local da realização da pesquisa.

Benefícios:

Espera-se, com esta pesquisa, demonstrar a importância do profissional Fisioterapeuta na promoção da Saúde dos Pacientes Hipertensos da Estratégia de Saúde da Família de Santa Lúcia – PK e, a partir dos resultados obtidos, propor à Secretaria Municipal de Saúde do município de Presidente Kennedy palestras com os pacientes, que aborde a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa é um projeto que será desenvolvido Unidade de Saúde da Família de Santa Lúcia em Presidente Kennedy- ES, através de uma revisão bibliográfica e segue com um estudo de campo, com a realização de uma entrevista, com questionário com os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

A análise se concentrará em artigos da área de saúde, envolvendo os períodos desde a criação do programa de saúde da família em 1994 até o ano de 2019, e voltados principalmente para prevenção, saúde pública, integralidade e promoção de saúde.

Os sujeitos da pesquisa são os pacientes portadores de hipertensão.

Os materiais e métodos para a coleta da pesquisa a ser utilizados na primeira fase, é a

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 29.933-415

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@jvc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 4.457.617

apresentação de um questionário que será disponibilizado durante a entrevista pelo fisioterapeuta com os pacientes, relatando o seu diagnóstico, bem como a opinião dos mesmos sobre a importância do profissional fisioterapeuta na promoção de sua saúde.

Também serão desenvolvidas propostas pedagógicas como, rodas de conversas, capacitações e emissão de material como folder sobre os cuidados necessários para a promoção da saúde.

O instrumento de coleta de dados abordará características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, informações sobre hábito alimentar, atividade física, peso e altura recordados, frequência de consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, auto avaliação de saúde, uso de medicamentos entre outras questões, como o diagnóstico médico anterior de algumas doenças.

Além disso, propor identificar, com base na literatura da área, em que medida a composição de um fisioterapeuta à ESF promoveria a redução dos agravos e a melhoria da qualidade de vida, principalmente no que concerne as incapacidades funcionais decorrentes de patologias crônicas osteodegenerativas, que afetam especialmente os idosos.

Partindo dos objetivos propostos, a metodologia adotada para realização deste projeto será qualitativa com aplicação de questionário como método utilizado na coleta dos dados e das informações que será disponibilizado durante a entrevista pelo fisioterapeuta com o paciente portador de hipertensão arterial, destacando informações referidas a sua saúde.

Os participantes da presente pesquisa serão 20 pacientes portadores de hipertensão arterial, de gênero masculino e ou feminino, não sendo delimitado a faixa de idade. Os mesmos pertencentes a ESF Santa Lúcia/PK e serão escolhidos de forma aleatória .

A ferramenta que possibilitará a coleta de dados será um questionário referentes a saúde do paciente, visando colher informações sobre seus hábitos e como se procede os cuidados pertinentes a sua saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram entregues corretamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto proposto sem pendências.

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 29.933-415

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@ivc.br



Continuação do Parecer: 4.457.617

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme a Norma Operacional CNS nº001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1672731.pdf	03/12/2020 02:17:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	texto_termo.docx	03/12/2020 02:16:30	SARA NEVES RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	texto_coparticipante_.pdf	03/12/2020 01:58:15	SARA NEVES RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	texto_folha_.pdf	03/12/2020 01:57:10	SARA NEVES RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	texto_projeto_.docx	03/12/2020 01:56:18	SARA NEVES RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO MATEUS, 11 de Dezembro de 2020

Assinado por:

NILTON RIBEIRO DE OLIVEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 29.933-415
UF: ES **Município:** SAO MATEUS
Telefone: (27)3313-0000 **E-mail:** cep@jvc.br