

Luana Frigulha Guisso  
Ivana Esteves Passos de Oliveira (orgs.)

# DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES 4

**Teoria e prática em educação,  
ciência e tecnologia**

DIÁLOGO  
EDITORIAL

Luana Frigulha Guisso e  
Ivana Esteves Passos de Oliveira (orgs.)

# **DIÁLOGOS**

## **INTERDISCIPLINARES 4:**

### **Teoria e prática em educação, ciência e tecnologia**

1ª edição

Vitória  
Diálogo Comunicação e Marketing  
2023

Diálogos interdisciplinares 4: Teoria e prática em educação, ciência e tecnologia  
© 2023, Luana Frigulha Guisso e Ivana Esteves Passos de Oliveira

*Projeto gráfico e editoração*  
Diálogo Comunicação e Marketing

*Capa e diagramação*  
Ilvan Filho

1ª edição

*Conselho Editorial*

Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes

Dra. Luana Frigulha Guisso

Dra. Ivana Esteves Passos de Oliveira

Dra. Sônia Maria da Costa Barreto

Dra. Tatiana Gianordoli

Dra. Juliana Martins Cassani

# Apresentação

Este e-book, Diálogos Interdisciplinares 4 - Teoria e prática em educação, ciência e tecnologia, é o compartilhar das pesquisas, realizadas por alunos, com o acompanhamento de seus professores-orientadores, no Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação do Centro Universitário Vale do Cricaré (UNIVC), com o objetivo de desvelar a construção do saber, consolidado no âmbito acadêmico.

Trata-se de uma coletânea de artigos, os quais, destacam-se como fontes de pesquisa e consulta, reiterando-se, portanto, essa obra, como de relevância, no perscrutar das práticas de sala de aula. As condutas de sala de aula denotam especificidades e singularidades, e evidenciam um processo de aprendizagem multidisciplinar, imprescindível, em tempos atuais.

A obra presta uma contribuição essencial como um legado da produção educacional realizada no Espírito Santo. A coletânea baseia-se em vivências e experiências de cada pesquisador, o que torna a narrativa ainda mais convidativa à leitura, em face ao fato de se traduzir em um conteúdo contextualizado e singular.

Estão em pauta aqui no foco Educacional estudos dos processos de aprendizagem significativa, de atendimento educacional especializado, de uma educação antirracista, da educação patrimonial na preservação da memória cultural, dos desafios da gestão escolar, de processos de inclusão escolar e acerca do papel do professor mediador em conflitos.

Bem como artigos no campo da saúde e do bem-estar, como sobre a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde de diabéticos e hipertensos, de um estudo acerca de um programa audiovisual na programação de atividades físicas direcionados à terceira idade, de atividades físicas motoras, do uso indiscriminado de analgésicos para o alívio da dor e um estudo sobre a violência sexual infantil.

Neste mosaico de estudos acadêmicos procuramos dar a ver um legado do passo a passo da produção realizada por discentes, com o suporte de seus orientadores, no Mestrado da UNIVC. Cada temática é o resultado de uma convivência de aprendizagem, persistência, colaboração e superação dos desafios. E é com muita satisfação que apresentamos mais uma edição dos Diálogos Interdisciplinares.

***Ivana Esteves Passos de Oliveira e Luana Frigulha Guisso***

# Sumário

O USO INDISCRIMINADO DE ANALGÉSICOS PARA ALÍVIO DA DOR: SUAS CAUSAS E EFEITOS PARA SAÚDE .....	09
Alan Santiago Muri Gama e Giovanni Guimarães Landa	
APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA: PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DO 6º ANO SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DO DEVER DE CASA .....	21
Aleziani Scherrer Santos e Yolanda Aparecida de Castro Almeida Vieira	
EDUCAÇÃO ANTIRRACISTA E VALORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS CULTURAIS AFRODESCENDENTES PARA A FORMAÇÃO DOS SUJEITOS: RECORTES DE UMA PESQUISA REALIZADA NO CMEI DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO ESPÍRITO SANTO .....	36
Ana Luiza de Souza Christófori e André Luís Lima Nogueira	
EDUCAÇÃO PATRIMONIAL E ENSINO DA HISTÓRIA LOCAL PARA PRESERVAÇÃO DA MEMÓRIA CULTURAL EM PRESIDENTE KENNEDY-ES .....	48
Carla Corrêa Pacheco Gomes	
VIOLÊNCIA ESCOLAR NO MUNICÍPIO DA SERRA/ES: A REALIDADE DE UMA ESCOLA .....	69
Cláudia Mariano Simões	
ATIVIDADE FÍSICA E AS HABILIDADES MOTORAS E COGNITIVAS NO ENSINO FUNDAMENTAL – ANOS INICIAIS: EMEIEF DE JAQUEIRA “BERY BARRETO DE ARAÚJO” – PRESIDENTE KENNEDY/ES .....	92
Evilásio Mussy Caetano Júnior e Sônia Maria Da Costa Barreto	
VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: UM ESTUDO ACERCA DO PAPEL DA ESCOLA NA RUPTURA DA CADEIA DE VIOLÊNCIA .....	112
Gabriela Vieira de Oliveira Piovezan	

OS DESAFIOS DA GESTÃO ESCOLAR NA EMEIEF SANTO EDUARDO – PRESIDENTE KENNEDY/ES: 2020/2021 .....	163
Katia Corrêa Pacheco e Sônia Maria da Costa Barreto	
EDUCAÇÃO AMBIENTAL E AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO DA BASE NACIONAL COMUM CURRICULAR DO ENSINO FUNDAMENTAL .....	182
Kátia Cruz Ferreira Pinto e Yolanda Aparecida de Castro Almeida Vieira	
O ENSINO DE TABUADA ATRAVÉS DE JOGOS PARA OS ALUNOS DO 6º ANO DO ENSINO FUNDAMENTALII – ITAPEMIRIM/ES .....	198
Keila Arcanjo Freitas e Joccitiel Dias da Silva	
AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO DE CONTEÚDO AUDIOVISUAL PARA PROGRAMA DE ATIVIDADES FÍSICAS VOLTADAS À TERCEIRA IDADE .....	219
Kleyton Corrêa Borges e José Roberto Gonçalves de Abreu	
O PAPEL DO PROFESSOR COMO MEDIADOR: UMA ANÁLISE ACERCA DA PEDAGOGIA TRADICIONAL E DA MEDIAÇÃO .....	236
Marilda De Souza Pereira Bernardo	
ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO SOB A ÓTICA DOS PROFESSORES DOS ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL .....	250
Rita Maria Fernandes Leal Moreira Cacemiro e Edmar Reis Thiengo	
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 .....	273
Sara Neves Ribeiro e José Roberto Gonçalves de Abreu	
INCLUSÃO ESCOLAR DE ALUNOS ESPECIAIS E ACESSIBILIDADE NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY/ES .....	296
Valdeis Correa Baiense e Marcus Antônio da Costa Nunes	
OS AUTORES .....	318
AS ORGANIZADORAS .....	321



# 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*  
*José Roberto Gonçalves de Abreu*

## 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

peessoas 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).

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).

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).

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 de os 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 pacientes diabéticos e hipertensos?

O objetivo deste estudo é 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.

## 2. METODOLOGIA

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 qualiquantitativa (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”.

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 Lucia, no município de Presidente Kennedy-ES.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1. 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.

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 investi-

gações 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.

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.

### 3.2. Perfil clínico

Dos participantes deste estudo, 62 (63,9%) são somente hipertensos e 35 (36,1%) são diabéticos e hipertensos.

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.

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 triglicérido alterado, 7 (7,3%) possuem insuficiência cardíaca, 1 (1,1%) sofre de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 2 (2,1%) são obesos.

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.

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.

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.

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).

### **3.3. 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.

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.

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 1 – Questões relacionadas ao tratamento da hipertensão e diabetes

Pergunta	Sim		Não	
	n	%	n	%
Manter uma dieta balanceada	32	33,0	32	33,0
Fazer o exercício físico	15	15,5	15	15,5
Vir ao serviço de saúde	62	63,9	62	63,9
Buscar o medicamento	68	70,1	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.

### **3.4. 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.

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%) so-

freram 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.

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 grandes 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.

### **3.5. 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.

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 bus-

ca 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.

### **3.6. 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 tibia, câncer de pulmão e pós-operatório do pé.

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.

#### **4. 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 triglicérides 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.

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 ade-

são 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 apoia 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, entre outros.

Uma possível limitação é o autorrelato 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, pode servir de base para ações específicas nas variáveis observadas como críticas, como o sedentarismo, por exemplo.

## 5. 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.

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.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

PICON, R. V. et al. Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Pri-

mary Care - A MetaAnalysis. **Int J Hypertens**, v. 12, n. 7, p. 1-9, 2017.

PINTO, L. F. et al. Do Programa á Estratégia da Saúde da Família: Expansão do Acesso e Redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (IC-SAB). **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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.