

A fisioterapia em pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família no Recanto das Emas – Distrito Federal
Physical therapy in hypertensive patients of Family Health Strategy in the Recanto das Emas – Distrito Federal
La terapia física en los pacientes hipertensos de la Estrategia de Salud de la Familia en el Recanto das Emas - Distrito Federal

Karen Patrícia de Sousa Araújo¹

Thaysa Rubinho Toniolli²

Adriano Drummond³

RESUMO

Objetivos: avaliar o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV) e discutir a necessidade da atuação do fisioterapeuta com pacientes hipertensos inscritos na Estratégia Saúde da Família no Recanto das Emas – DF. Materiais e métodos: A amostra constou de 30 pacientes hipertensos, 19 do sexo feminino e 11 do sexo masculino que foram submetidos a questões referentes aos dados populacionais, ao escore de risco de Framingham e ao questionário de qualidade de vida para hipertensos (MINICHAL). A Unidade de Saúde de referência foi do Recanto das Emas e os dados foram obtidos mediante a aplicação dos questionários, do prontuário do paciente e do seu respectivo exame. A análise dos dados da pesquisa foi realizada por meio das medidas de tendência central (média aritmética). Resultados: Das 30 pessoas avaliadas, 9 apresentaram risco baixo para doença cardiovascular, 15 risco médio e 6 risco alto. Com relação aos níveis pressóricos, 21 pacientes apresentaram pressão arterial (P.A) alterada e tratando-se da lipoproteína de alta intensidade (HDL), 25 apresentaram valores acima do limite. Conclusão: Houve baixo e médio risco de DCV, fisioterapeuta pode contribuir de forma significativa com o seu atendimento direcionado para pacientes hipertensos. E ainda, a possibilidade da fisioterapia fortalecer a Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Fisioterapia, Programa Saúde da Família, hipertensão, doença da artéria coronariana.

1Fisioterapeuta. Graduada no Centro Universitário Unieuro - DF. Email: kakazete14@gmail.com

2Fisioterapeuta. Graduada na Fundação Educacional de Santa Fé do Sul – SP. Especialista em fisiologia humana com ênfase em reabilitação cardíaca pela Fundação Educacional de Santa Fé do Sul - SP, preceptora do estágio obrigatório em Fisioterapia Cardiofuncional do Unieuro. Email: tharubinho@yahoo.com.br

3Fisioterapeuta. Graduado na Universidade Católica de Brasília. Especialista em ortopedia e traumatologia pela Universidade de Brasília, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, docente do Unieuro. Email: adriano.drummond@unieuro.com.br

ABSTRACT

Objectives: to assess the risk of cardiovascular disease (CVD) and discuss the need for the physical therapist with hypertensive patients enrolled in the Family Health Strategy in the Recanto das Emas - DF. **Materials and methods:** The sample consisted of 30 hypertensive patients, 19 females and 11 males who underwent issues relating to population data, the Framingham risk score and the quality of life questionnaire for hypertensive (MINICHAL). The reference Health Unit's was of the Recanto das Emas and the data were collected through the questionnaires, the patient's chart and its accompanying exam. The data analysis was done by using measures of central tendency (arithmetic mean). **Results:** Of 30 patients evaluated, 9 had low risk for cardiovascular disease, 15 medium risk and high risk 6. With regard to blood pressure levels, 21 patients had blood pressure (BP), as amended and in the case of high intensity lipoprotein (HDL), 25 had values above the threshold. **Conclusion:** there was low to medium risk of CVD, the physical therapist can contribute significantly to your attention directed to hypertensive patients. And yet, there are possibility of physical therapy to strengthen the Family Health Strategy.

Descriptors: Physical Therapy Specialty, the Family Health Program, hypertension, coronary artery disease

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y discutir la necesidad de que el terapeuta físico con los pacientes hipertensos inscritos en la Estrategia de Salud Familiar en el Recanto de Emas - DF. **Materiales y métodos:** La muestra consistió en 30 pacientes hipertensos, 19 mujeres y 11 hombres que se sometieron a las cuestiones relativas a los datos de población, la puntuación de riesgo de Framingham y el cuestionario de calidad de vida de los hipertensos (MINICHAL). La Unidad de Salud fue la referencia Recanto das Emas y los datos fueron recolectados a través de los cuestionarios, el expediente del paciente y su examen correspondiente. El análisis de los datos se realizó mediante medidas de tendencia central (media aritmética). **Resultados:** De los 30 pacientes evaluados, 9 tenían bajo riesgo de enfermedad cardiovascular, 15 de riesgo medio y alto riesgo 6. Con respecto a los niveles de presión arterial, 21 pacientes tenían una presión arterial (PA), según enmendada, y en el caso de las lipoproteínas de alta intensidad (HDL), 25 tenían valores por encima del umbral. **Conclusión:** Un bajo a mediano riesgo de ECV, el terapeuta físico puede contribuir significativamente a la atención dirigida a los pacientes hipertensos. Y, sin embargo, la posibilidad de la terapia física para fortalecer la Estrategia de Salud de la Familia.

Descriptores: Fisioterapia, Programa de Salud Familiar, hipertensión, enfermedad de la arteria coronaria.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou na última década do século XX e nos primeiros anos do século XXI o resultado de uma organização do sistema de saúde que apresentava como diretrizes a integralidade, equidade, universalidade e intersetorialidade. O modelo de saúde proposto ressaltou a atenção integral à saúde, visando, dessa forma, superar o modelo anterior que era baseado na doença. ^(1,2)

A Atenção Básica surgiu como forma de organização por meio de ações de saúde e foi reestruturada em 1994 com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é um meio de tentar consolidar os princípios do SUS, representando uma estratégia para reorganização da prática assistencial, composta por equipes multiprofissionais em espaço delimitado, além de promover uma comunicação diferenciada com a população acerca da promoção de saúde, no cenário mais amplo ^(1,2).

Por meio da Conferência Nacional de Saúde (CNS), aprovou-se em 2003 a integração de fisioterapeutas na equipe multiprofissional em apoio às equipes de Saúde da Família. Em consonância com as diretrizes supracitadas, a fisioterapia se inclui adequadamente à ESF, visto que se associa ao princípio da integralidade e, por intermédio das questões que a profissão considera, pode proporcionar melhoria na qualidade da população atendida pelas equipes ^(2,3).

O fisioterapeuta como componente da ESF possui atribuições específicas, dentre elas, dar assistência a todas as fases do ciclo de vida, atender pacientes com doenças exclusivas, bem como, orientar, prevenir e melhorar a qualidade de vida; com base nessas prerrogativas insere-se a responsabilidade desse profissional em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ⁽⁴⁾.

Essa responsabilidade evidencia-se quando se leva em consideração que a HAS é uma doença multifatorial e tem representado um dos principais problemas de saúde pública tanto em países subdesenvolvidos como em países desenvolvidos. Além disso, constitui-se fator de risco para doença arterial coronariana (DAC), doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e doença renal terminal, e tem apresentado-se como uma das principais causas de óbitos no mundo. A HAS atinge cerca de 15 a 20% da população adulta, nos idosos chega a 50%, acomete mais o sexo masculino até 45 a 50 anos e a partir dessa faixa atinge mais o sexo feminino ⁽⁵⁻⁷⁾.

No caso da HAS, existe uma concordância absoluta acerca da necessidade de tratamento para redução da morbimortalidade para doenças cardiovasculares. Há também uma identificação

mais aprimorada, assim como um melhor acompanhamento desses pacientes que são resultados dos mecanismos dispostos pela ESF centrados na promoção da qualidade de vida e intervenção dos fatores de risco^(8,9).

Os estudos epidemiológicos demonstraram fatores de risco da doença arterial coronariana e isso possibilita uma organização da prevenção primária e/ ou a prevenção secundária. Assim, comprovou-se que a hipertensão arterial, juntamente com as dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, obesidade, *diabetes mellitus* e antecedentes familiares constituem fatores de risco para doença arterial coronariana. O conhecimento dessa relação que envolve os fatores de risco é primordial quando se leva em consideração um programa de saúde associado à prevenção⁽¹⁰⁾.

A atividade física repercute na parte preventiva e de tratamento para HAS, visto que apresenta impacto na redução dos valores de pressão arterial (PA) e conseqüentemente diminui o risco de doença coronariana já que esta constitui uma complicação da HAS. A falta de atividade física apresentou mudança no grau de risco para DAC (passou de fator secundário para primário). O fisioterapeuta possui uma função importante no que diz respeito à prescrição e orientação dessa atividade física que deve ser adjunta dos medicamentos necessários e de alterações nos hábitos de vida⁽¹¹⁻¹³⁾.

A qualidade de vida nesse âmbito é um fator considerável, pois ela pode ser alterada em decorrência dos efeitos adversos provenientes do tratamento farmacológico que esses pacientes são submetidos e das doenças que podem estar associadas⁽¹⁴⁾.

Em síntese, o fisioterapeuta vem conquistando espaço no cenário da ESF, no entanto, a inclusão desse profissional nesse contexto está em um processo de consolidação. O número de fisioterapeutas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)- 08/10 foi de 1761^(15,16).

Dessa forma, esse estudo teve por objetivos analisar a necessidade da atuação do fisioterapeuta com pacientes hipertensos inscritos na ESF da Unidade de Saúde do Recanto das Emas, Distrito Federal; identificando o perfil da população em questão (hipertensos); classificando individualmente o risco para doença coronariana; e discutindo o papel do fisioterapeuta diante das necessidades triadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é caracterizado por uma pesquisa do tipo descritiva transversal, em que foram coletados dados populacionais e aplicados questionários relacionados à qualidade de vida e ao risco para evento coronário.

A partir da ficha utilizada pelo agente comunitário de saúde para cadastramento das famílias que contém informações como doença ou condição referida de todos os membros da família (ficha A), dos prontuários fornecidos pela ESF e conseqüentemente pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foram identificados 53 pacientes com diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica cadastrados na micro área 01, equipe 12 da Estratégia Saúde da Família referente ao Centro de Saúde nº02 do Recanto das Emas.

É importante salientar que se optou por avaliar apenas os pacientes hipertensos moradores da microárea 01, isso implica residir na quadra 603 (Avenida Ponte Alta) ou na quadra 604 (conjuntos: 01, 01A, 01B, 05, 06, 12) da região administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal. Essa opção foi determinada, porque a pesquisadora responsável é integrante da equipe e atua como agente comunitário de saúde na microárea citada da qual fazem parte os voluntários participantes do estudo, o que facilitou o acesso a esses pacientes por meio da visita domiciliar.

Os critérios de inclusão abrangiam assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para a participação da pesquisa demonstrando o entendimento dos riscos e benefícios; possuir diagnóstico clínico de HAS; ser cadastrado no SIAB como hipertenso; possuir capacidade cognitiva para responder as perguntas. Os critérios de exclusão foram não ter exame de colesterol total e frações atualizado e não apresentar disponibilidade ou interesse de realizá-los e não ser inscrito na ESF.

A partir dos critérios supracitados, dos 53 pacientes, 07 não foram localizados nos domicílios, 10 não atualizaram o exame de colesterol total e frações, 04 não conseguiram pegar o resultado do exame em tempo hábil, uma paciente havia mudado de domicílio e outra teve o resultado do exame incompleto (não foram analisadas as frações de colesterol, não apresentando assim, o valor de lipoproteína de alta intensidade – HDL, imprescindível para avaliação). Desse modo, foram excluídos 23 pacientes, tornando a amostra final composta por 30 pacientes de ambos os sexos (19 do sexo feminino e 11 do sexo masculino compreendendo uma faixa etária de 36 a 79 anos).

Os voluntários foram submetidos a questões referentes aos dados populacionais relacionados a uma parte socioeconômica (escolaridade e situação ocupacional) e outra demográfica (gênero, idade e estado civil). A classificação da situação ocupacional considerou o paciente como empregado quando este participava de qualquer atividade remunerada incluindo aposentadoria. Com relação ao sedentarismo e a escolaridade foram considerados sedentários e alfabetizados ou analfabetos de acordo com as suas próprias informações.

Para a classificação de risco de evento coronário foi aplicado o escore de risco de Framingham que se baseia na idade, sexo, colesterol total, colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL-C), pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), diabetes mellitus (DM) e tabagismo. O escore apresenta valores numéricos (positivos e negativos). No término cada escore obtido indica um resultado dado em porcentagem que indica a probabilidade de um evento coronário nos próximos dez anos. A probabilidade menor que 10% indica baixo risco; entre 10% e 20%, médio risco e maior ou igual a 20%, o risco é alto.

O MINICHAL foi utilizado para avaliação da qualidade de vida desses hipertensos, visto que esse questionário é direcionado para esse tipo de paciente. Ele possui 17 questões de múltipla escolha, há dois grupos: 10 questões se relacionam ao estado mental e as outras 6 questões tratam de manifestações somáticas. Há uma questão que não se inclui em nenhum dos dois grupos para avaliar como o paciente considera que a hipertensão e o seu tratamento têm interferido na sua qualidade de vida. O paciente deve ser informado que as questões são baseadas nos últimos sete dias. As questões possuem quatro possibilidades de resposta: 0 (não, absolutamente); 1 (sim, um pouco); 2 (sim, médio); 3 (sim, muito). A pontuação das questões referentes ao estado mental varia de 0 (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde); as relacionadas a manifestações somáticas variam de 0 a 18 (semelhante ao outro grupo, quanto mais próximo do 0, melhor a qualidade de vida. No intuito de facilitar a observação do resultado criou-se uma classificação: estado mental de 0 a 8 = estado mental bom; 9 a 18 = estado mental regular e de 19 a 27 = estado mental ruim); para manifestações somáticas de 0 a 7 = boa; 8 a 14 = regular; 15 a 21 = ruim).

Primeiramente, o paciente foi informado sobre a pesquisa e ao demonstrar entendimento e aceitar sua participação assinou o TCLE. Posteriormente, preencheu as questões sobre os dados populacionais e o questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL).

O escore de risco de Framingham foi preenchido pela pesquisadora responsável, onde os dados dos pacientes (idade, sexo, colesterol total e HDL, presença ou não de diabetes mellitus) foram retirados do exame atualizado e dos seus respectivos prontuários, visto que são acompanhados pela equipe. O exame de colesterol total e frações deveria ser dos últimos 6 meses a contar da data de coleta dos dados; os pacientes que não apresentavam esses dados no prontuário (colesterol e HDL) ou tinham referente a um período maior que o supracitado realizaram um novo exame. O item relacionado às pressões arteriais sistólica e diastólica de cada paciente foi obtido de acordo com uma monitorização da pressão arterial na residência do paciente com o seguinte protocolo: cálculo da média de duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas. Foi utilizado um esfigmomanômetro aneróide, recentemente calibrado.

A análise dos dados da pesquisa foi realizada por meio das medidas de tendência central (média aritmética). A associação das variáveis secundárias e grau de risco delimitaram a análise descritiva por meio de frequência absoluta (n) e relativas.

Este estudo foi elaborado de acordo com as recomendações das resoluções nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o registro nº 378/11.

Antes de iniciar o protocolo deste estudo, o paciente através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi informado e demonstrou entendimento acerca da pesquisa quanto aos seus objetivos e também foi orientado que poderia abandonar a pesquisa a qualquer tempo, sem que isso causasse problemas com o seu atendimento na ESF; posteriormente, assinaram o TCLE. O paciente analfabeto e aqueles que apresentaram dificuldade de compreensão receberam explicação da pesquisa de forma detalhada e extremamente compreensível e para o paciente analfabeto a cômputo foi indicada para assinatura do termo.

RESULTADOS

A população estudada é caracterizada por uma amostra de indivíduos hipertensos. Foram estudadas 28 pessoas dos dois gêneros, 19 mulheres e 9 homens, na faixa etária de 36 a 74 anos com média de 53,4 anos. A faixa etária prevalente neste estudo foi de 50 a 59 anos para o gênero feminino e de 40 a 49 anos para o gênero masculino.

A obtenção dos resultados ocorreu pela aplicação do Framingham Score for Cardiovascular Diseases (ERF), utilizado pela New York Heart Association (NYHA), desde 2008 para avaliar o risco de um indivíduo apresentar algum evento de doença cardiovascular (DCV) em dez anos.

A composição dos resultados foi constituída do ERF e também de informações com abordagens sociodemográficas, como variáveis referentes à idade, escolaridade e ocupação laboral, uma vez que essas informações podem ser expressivas e influenciar diretamente na condução do estudo e nos resultados finais da pesquisa.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra estudada

Variáveis	Categorias	Frequência	%	Total
Sexo	Masculino	09	67,8	28(100%)
	Feminino	19	32,2	
Faixa etária				

	30-39	2	7,1	
	40-49	10	35,7	
	50-59	9	32,1	28(100%)
	60-69	4	14,2	
	>70	3	10,7	
Escolaridade	Analfabeto	0	0	
	Ens. Fund. Incompleto	21	75	
	Ens. Fund. Completo	4	14,2	
	Ens. Médio Incompleto	1	3,5	28(100%)
	Ens. Médio Completo	2	7,1	
	Graduação	0	0	
Situação ocupacional	Trabalha	12	42,8	
	Desempregado(a)	9	32,2	
	Aposentado(a)	7	25	28(100%)
	Pensionista	0	0	
	Aposentado e trabalha	0	0	

Fonte: dos autores

Analisando os resultados aparentes na tabela 2; os achados de risco para manifestações de doenças cardiovasculares em dez anos demonstraram que na faixa etária de 30 a 39 anos, o risco para DCV é baixo.

Na população de 40 a 49 anos, a prevalência para risco cardiovascular foi de baixo risco e na de 50 a 59 anos, a prevalência foi de médio risco. A faixa etária de 60 a 69 anos apresentou risco baixo, médio e alto e os pacientes acima de 70 anos apresentaram risco médio prevalente, mas foi encontrado resultado classificado como risco alto.

A idade das mulheres avaliadas foi de 39 a 74 anos e dos homens de 36 a 70 anos. A média entre as idades sem diferenciação dos gêneros é de 53,4 anos.

Tabela 2. Análise do risco da DCV relacionada à faixa etária

Risco homens	30-39		40-49		50-59		60-69		>70	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo	1	3,5	3	10,7	0	0	0	0	0	0
Médio	0	0	1	3,5	2	7,1	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0	0	1	3,5	1	3,5
Total	1	3,5	4	14,2	2	7,1	1	3,5	1	3,5

Risco mulheres	30-39		40-49		50-59		60-69		>70	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo	1	3,5	4	14,2	2	7,1	2	7,1	0	0
Médio	0	0	2	7,1	4	14,2	1	3,5	2	7,1
Alto	0	0	0	0	1	3,5	0	0	0	0
Total	1	3,5	6	21,4	7	25	3	10,7	2	7,1

Fonte: dos autores

Já na tabela 3 é possível se analisar o risco para DCV segundo o sexo.

Tabela 3. Representação de risco para DCV em dez anos

Referência	Classificação	Sexo				Total	
		Fem	%	Masc	%	Total	%
< 10%	Baixo	9	32,1	4	14,2	13	46,4
10-20%	Médio	9	32,1	3	10,7	12	42,8
> 20%	Alto	1	3,5	2	7,1	3	10,7
	Total	19	67,8	9	32,1	28	100

Fonte: dos autores

Os valores glicêmicos foram considerados normais quando inferiores a 100 mg/dl e alterados quando superiores a 100 mg/dl; o colesterol total considerou-se até 200 mg/dl como valor dentro dos limites normais e para HDL utilizou-se 40-60 mg/dl como valor normal de referência.

Com relação à HAS, toda população era hipertensa, alterando assim sua pontuação no ERF, dados estes que se agravam com a taxa total de 100% de sedentarismo da amostra.

Tabela 4. Fatores de risco para DCV

Variáveis	Categorias	Frequência	%	Total
Nível de atividade física	Sedentário	28	100	28(100%)
	Praticante	0	0	
Tabagismo	Sim	3	10,7	28(100%)
	Não	25	89,3	
Diabetes	Sim	6	21,5	28(100%)
	Não	22	78,5	
HAS	Alterada	20	71,5	28(100%)
	Controlada	8	28,5	
Colesterol HDL	Alto >60	1	3,5	28(100%)
	Limítrofe 40-60	17	60,7	
	Baixo <40	10	35,8	

Fonte: dos autores

Para avaliação do questionário de qualidade de vida indagou-se sobre a percepção de cada indivíduo com relação à saúde, 6 homens e 13 mulheres tinham a percepção regular quando se referiam à própria saúde, resultando num total subjetivo de 19 pessoas. Perceberam a saúde como boa 4 homens e uma mulher, totalizando 5 pessoas; enquanto 1 homem e 5 mulheres têm a percepção ruim quanto a sua própria saúde.

Dos 28 avaliados, 2 homens apenas possuem plano particular de assistência à saúde, sendo as demais pessoas atendidas apenas em rede pública de saúde, não interferindo esta questão nos resultados finais da pesquisa.

DISCUSSÃO

O risco de evento cardiovascular em dez anos prevalente, de acordo com o ERF, foi baixo para indivíduos dos dois gêneros. Esse dado difere de outros estudos, já que a faixa etária de 50 a 69 anos comumente se associa a risco médio.

A faixa etária acima de 70 anos apresentou risco alto para DCV, idade considerada comum para o risco elevado. Este resultado tem relação direta com os níveis de aterosclerose e hipertensão inerente ao envelhecimento, portanto, não é raro que os idosos se enquadrem na faixa de risco médio e alto ^(19,20).

A população analisada não era homogênea e o número de mulheres é desproporcionalmente maior que o número de homens. Essa diferença se reforça em alguns estudos que demonstram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens ^(6,21). E ainda, a HAS é uma variável que está associada, em 70% dos casos, a algum tipo de DCV, sendo que nas mulheres a HAS seria um marcador isolado suficiente para classificar a população feminina em algum grau de risco para DCV ^(22,23). Isso pode explicar, por exemplo, os resultados encontrados, uma vez que a maioria da amostra era composta por não fumantes e não diabéticos, e já houve o diagnóstico de risco baixo.

A análise dos resultados revelou que os dois sexos apresentaram predomínio de risco baixo e médio para DCV. É relevante destacar que a hipertensão está relacionada de forma direta com o sedentarismo, taxas lipídicas de difícil controle, obesidade, bem como comorbidades associadas à aterosclerose e síndromes nefróticas que podem fazer com que grupos avaliados com esse perfil estejam enquadrados em riscos altos para DCV ⁽¹⁷⁾. Todos eram sedentários, fato que pode ter contribuído com o quadro de HA, ainda que os níveis de colesterol (HDL) estivessem, em sua maioria, em níveis baixos ou limítrofe.

Dos 28 voluntários, 12 mulheres e 8 homens apresentaram níveis de P.A. elevados. Fator este preocupante, haja vista as evidências de que níveis acima de 115/75 mmHg elevam gradativamente o risco para mortalidade por DCV ⁽²⁴⁾.

A população estudada não apresentava síndromes renais ou aterosclerose identificadas ou diagnosticadas, tampouco qualquer evento cardiovascular referido. O tabagismo não foi um hábito influente para aumentar a estratificação de risco neste estudo, uma vez que, de 30 indivíduos avaliados apenas 3 eram fumantes, 1 inserido no grupo de baixo risco e 2 inseridos no grupo de médio risco, não correspondendo a faixa etária de prevalência de médio risco.

A menor taxa em porcentagem (30,7%) de alteração da HDL aconteceu no grupo de baixo risco, representatividade já esperada para HDL. 33% e 66% da população de risco médio e alto apresentaram os níveis alterados de HDL e associando os três níveis de risco, 35,7% da população apresentam alteração da HDL. A HDL reduzida é um marcador de predição de prognóstico desfavorável para DCV em médio prazo ⁽²¹⁾. As taxas descompensadas de níveis lipídicos provavelmente interferiram diretamente no resultado deste estudo.

Com relação a diabetes, 6 pacientes (21,4%) apresentavam o diagnóstico antes da pesquisa, em que 16,6% pertencia ao grupo de baixo risco, 50% ao grupo de médio risco e 33,3% ao grupo de alto risco. Além desses 6 pacientes com diagnóstico prévio, 5 pacientes (17,8%) apresentaram índices glicêmicos alterados; totalizando 39,2% pacientes. Esses dados são relevantes, visto que uma estatística de controle encontrada no estudo de Guimarães (2010)⁽²⁵⁾ demonstrou que a diabetes é um fator de risco alto para DCV com predomínio na população feminina, que quando associada à obesidade, sedentarismo e dislipidemias, o risco aumenta consideravelmente, favorecendo as descompensações metabólicas e lesões de órgão alvo tornando a síndrome metabólica evolutiva em curto espaço de tempo e com grau de letalidade elevado.

Na população avaliada a empregabilidade é de 71,4%, todos os homens avaliados estavam empregados e 42,1% das mulheres não estavam em atividade profissional, a representatividade para empregabilidade e DCV quando analisada de forma isolada não induziu a relevância para desenvolvimento de DCV.

O sedentarismo absoluto da população é preocupante como fator de risco, sendo delineado como um problema de saúde pública e epidemiológica. Embora todos fossem alfabetizados, possuíam baixa escolaridade que pode estar associada a baixo nível sócio econômico, estando relacionada indiretamente ao risco para DCV, por gerar aumento de atividades domésticas e ocupacionais e minimizar assim a prática de exercícios físicos⁽²⁶⁾.

Considerando a aplicabilidade do questionário da qualidade de vida, o estado mental e as condições somáticas, não influenciaram nos resultados do ERF e também não são marcadores determinantes para risco de DCV em dez anos na população avaliada; demonstrando apenas que mulheres e homens em bom estado mental encontraram-se na classificação de risco médio e ambos com manifestações somáticas boas também predominantemente de risco médio. Os resultados de estado mental ruim e regular, bem como manifestações somáticas ruim e regular estão distribuídas de forma não significativa e em minoria entre os grupos de baixo e alto risco, sem relevância estatística a ser comentada.

Cerca de 30% apenas dos pacientes que conhecem o seu diagnóstico de HAS mantêm o controle adequado da pressão arterial. Nesse contexto, sabe-se que a prática de atividades e exercícios físicos atua de forma primária na prevenção da HAS. Outro aspecto é que 20% da população estudada apresentava diabetes mellitus (fator de risco para DCV) e a prática de exercícios físicos favorecem os controles glicêmicos. Assim, a atuação do fisioterapeuta com esse tipo de paciente também é importante, já que esses podem de forma preventiva contribuir para melhora da saúde dessa população⁽²⁷⁾.

Já foi identificada, em Londrina, a atuação do fisioterapeuta na ESF com pacientes hipertensos, diabéticos e idosos, utilizando alongamentos e caminhadas no intuito de prevenir possíveis complicações decorrentes dessas doenças e/ou condição ⁽³⁾. Isso mostra que atividades simples podem contribuir para a saúde desta população em questão, mas com a necessidade da supervisão e orientação deste profissional. Mas na Unidade Básica de Saúde do Recanto das Emas não há fisioterapeutas concursados ou mesmo terceirizados para contribuírem com a promoção de saúde da população. Faz-se, portanto, uma análise reflexiva para chamar a atenção dos gestores públicos acerca desta condição, uma vez que as atuais comorbidades instaladas nos voluntários desta pesquisa poderiam ser melhor controladas, promovendo melhor qualidade de vida.

A importância da inserção do fisioterapeuta nas equipes da ESF se reforça com o fato deste poder ser capaz de intervir em doenças cardiovasculares, com prevenção de agravos por meio de atividade física, em especial os exercícios aeróbicos; cinesioterapia e medidas ou orientações capazes de contribuir para o controle do peso, glicemia e colesterol (fatores de risco para DCV) ⁽²⁸⁾.

A prescrição de exercícios também é uma das atribuições do profissional de educação física, todavia, nesse caso em que 20 pacientes (de um total de 30) apresentaram valores pressóricos alterados há indicação do fisioterapeuta como coordenador do programa de exercícios, pois essa realidade exige a participação deste profissional ⁽²⁹⁾.

O exercício físico tem a sua eficácia comprovada para pacientes com DCV. Já se observou em um estudo que quando aplicado isoladamente proporcionou em pacientes hipertensos uma redução da pressão sistólica de repouso de 6,9 mmHg e 4,9 mmHg da pressão diastólica de repouso. Esse achado é extremamente relevante quando se leva em consideração que elevações dos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos de repouso aumentam consideravelmente as DCV e conseqüentemente as mortes e que mínimas reduções nos níveis pressóricos podem diminuir a incidência de várias doenças ⁽¹¹⁾.

A prática de exercício físico excede os benefícios físicos. Utilizando o mesmo questionário para qualidade de vida de hipertensos (MINICHAL), evidenciou-se em um estudo que os pacientes hipertensos considerados ativos obtiveram melhores resultados (tanto na parte de estado mental quanto somática) quando comparados aos hipertensos sedentários ⁽¹⁴⁾.

Os resultados, os argumentos apresentados e as justificativas abordadas na discussão deste trabalho são particularidades da população em questão avaliada. As respostas obtidas para esta análise não diferem significativamente das encontradas em outros estudos, comprovando, portanto, a necessidade de ações mais eficientes e contínuas para controle e prevenção primária das DCV, bem como, aprimoramento e redução dos fatores de risco.

O risco cardiovascular da população abordada não era conhecido antes da pesquisa, que foi realizada com o objetivo de estratificar esse risco para que medidas de ação preventiva e primária de promoção de saúde possam ser instituídas em tempo nas unidades básicas de saúde. Seria importante e recomendada uma reavaliação desta população em três anos para destacar o valor social e epidemiológico deste trabalho⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, evidencia-se que o grupo de voluntários apresenta baixo e médio risco para DCV, e que o fisioterapeuta pode contribuir de forma significativa com o seu atendimento direcionado para pacientes hipertensos. É bastante relevante entender que a hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e que a fisioterapia associada a um atendimento interdisciplinar torna-se eficiente como prevenção a agravos, visto que torna menor a incidência de doenças cardiovasculares e conseqüentemente o número de hospitalizações e mortes.

A inserção do fisioterapeuta na ESF deve ser mais analisada, assim como os aspectos que norteiam esse assunto, pois além de ser um processo ainda em construção na prática, não há uma variedade satisfatória de estudos com esse foco.

A fisioterapia se desenvolveu com uma base muito consolidada na reabilitação, entretanto, estudos como este demonstra que tal serviço pode fortalecer uma equipe de ESF ratificando que a atenção básica é fundamental.

Ainda que a amostra seja um fator limitante do estudo, foi possível observar a importância da fisioterapia para os pacientes abordados e a qualidade que esse serviço pode proporcionar para a ESF. De qualquer forma, estudos com amostras mais relevantes e com a metodologia fundamentada podem auxiliar na compreensão desse assunto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos toda a contribuição da equipe de saúde local, em especial ao Doutor Sergio Leuzzi, Médico da Família da Unidade de Saúde referida.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov.* 2010 Abr./Jun; n. 2, p. 323-330.

2. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(6):1673-1681.
3. Borges AMP, Salício VAMM, Gonçalves MANB, Lovato M. A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – Uma revisão da literatura. *UNICIÊNCIAS*. 2010; v.14, n.1, p. 69-81.
4. Ragasson CAP, Almeida DCS, Comparin K, Mischiati MF, Gomes JT. Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional. *Cascavel: UNIOESTE*; p. 1-8.
5. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. enferm*. 2009 Jul/Set; 17(3):383-7.
6. Araujo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3):368-74.
7. Carlos PR, Palha PF, Veiga EV, Beccaria LM. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. *Arq Ciênc Saúde*. 2008 Out/Dez; 15(4):176-81.
8. Lima SML, Portela MC, Koster I, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Set; 25(9):2001-2011.
9. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Fev; 22(2):377-385.
10. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2002; volume 78 (nº 5), 478-83.
11. Mediano MFF, Aragão AHBM, Chame F, Barbosa JSO, Batista LA. Efetividade de um programa de exercícios físicos sobre níveis tensionais em hipertensos controlados. *Brazilian Journal of Biometricity*. 2008 Mar; vol.2, número 001, pp78-88.
12. Cardoso ALS, Tavares A, Plavnik FL. Aptidão física em uma população de pacientes hipertensos: avaliação das condições osteoarticulares visando a benefício cardiovascular. *Rev Bras Hipertens*. 2008; vol.15(3):125-132.
13. Fischer FP, Savaris F, Linhares VMWB, Beraldo PC. Atuação da fisioterapia por meio da atividade física regular, no controle da hipertensão arterial em mulheres idosas. *Fisioter. Mov*. 2002 Abr./Set.; 15(1):55-60.
14. Bündchen DC, Santos RZ, Antunes MH, et al. Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial e em Programas de Exercício Físico. *Rev Bras Cardiol*. 2010 Nov./Dez.; 23(6):344-350.

15. Trelha CS, Silva DW, Lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Revista Espaço para a Saúde*. 2007 Jun; v.8, n.2, p.20-25.
16. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES: cadastrados 08/10; Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
17. Rodrigues TFF, Philippi ST. Avaliação nutricional e risco cardiovascular em executivos submetidos a check-up. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(4):322-27.
18. Landim MBP, Victor EG. Escore de Framingham em motoristas de transportes coletivos urbanos de Teresina, Piauí. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(3):315-20.
19. Cantos GA, Silva CSM, Waltrick CDA, Hermes EM, Bonetti A, Bagestam M, et al. Avaliação da intervenção multiprofissional e interdisciplinar na evolução do quadro clínico de pacientes com alto risco de doença arterial coronariana. *Rev Bras Análises Clínicas*. 2006;38(3):159-62.
20. Rosini N, Rosini AD, Mousse DM, Rosini GD. Prevalência de síndrome metabólica e estratificação de risco para DAC em pacientes hipertensos tabagistas. *Rev Bras Análises Clínicas*. 2007; 39(3):223-26.
21. Viebig RF, Valero MP, Araujo F, Yamada AT, Mansur AJ. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(5):353-60.
22. Pires SI, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004;62(3):844-51.
23. Sousa JMA, Hermann JLV, Guimarães JB, Menezes PPO, Carvalho ACC. Avaliação das pressões sistólica, diastólica e pressão de pulso como fator de risco para doença aterosclerótica coronariana grave em mulheres com angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(5):426-33.
24. Nobre F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2010; 17(1):4.
25. Guimarães AC. Prevenção de doenças cardiovasculares no século 21. *Hipertensão*. 2002; 5(3):103-106.
26. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bensenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14:246-54.
27. Albuquerque MAL, Carvalho VCP. O papel do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Revista inspirar*. 2009; v.1, n.2. p.15-19.

28. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(Supl. 1):1467-1478.
29. Marques KS. A interação dos profissionais de educação física e fisioterapia na reabilitação cardiovascular. UFSC. 2004; p.10-61.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília; 2006.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/04/02

Last received: 2012/04/30

Accepted: 2012/05/01

Publishing: 2012/05/10

Corresponding Address

Adriano Drummond

SHIN QL 01 Conj 03 Casa 17, Lago Norte.

Brasília - DF