

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

GIOVANNA MOREIRA GOBS

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE AUTOCUIDADO E EXERCÍCIOS
FISIOTERÊUTICOS PARA INDIVÍDUOS DIABÉTICOS TIPO 2 ASSISTIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

UBERLÂNDIA - MG

2019

GIOVANNA MOREIRA GOBS

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE AUTOCUIDADO E EXERCÍCIOS
FISIOTERÊUTICOS PARA INDIVÍDUOS DIABÉTICOS TIPO 2 ASSISTIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Educação Física e
Fisioterapia Universidade Federal de Uberlândia
como requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Piva Biagini

UBERLÂNDIA-MG

2019

GIOVANNA MOREIRA GOBS¹

MONISA ALVES BORGES²

ANGELO PIVA BIAGINI³

¹Graduanda de Fisioterapia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

²Fisioterapeuta residente multiprofissional em Atenção à Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS-FAMED-UFU)

³Professor do curso de Fisioterapia na Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Giovanna Moreira Gobs

Rua Benjamin Constant 1286, Nossa Senhora da Aparecida, Uberlândia-MG

Telefone: (34)99201-2926

Email: giovannagobs@hotmail.com

Efeitos de um programa de autocuidado e exercícios fisioterapêuticos para indivíduos diabéticos tipo 2 assistidos na Atenção Primária à Saúde

Effects of a self-care program and physical therapy exercises for type 2 diabetic individuals assisted in Primary Health Care

Resumo: O cuidado de indivíduos diabéticos na atenção primária a saúde deve contar com a realização de ações de educação em saúde para prevenção de agravos e promoção de uma melhor qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de um programa de autocuidado e exercícios fisioterapêuticos na condição de saúde, mobilidade funcional, aspectos dermatológicos e circulatórios de indivíduos diabéticos assistidos na atenção primária. Trata-se de um estudo experimental, quantitativo descritivo. Realizado com uma amostra parcial de 56 voluntários, escolhida aleatoriamente. Os indivíduos avaliados foram acompanhados durante 10 semanas após a entrega da cartilha de orientações, e avaliados na primeira e décima semana. Eles foram avaliados através da Ficha de Avaliação e do WHODAS 2.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com protocolo de nº 94868318.5.0000.5152. Para análise estatística foi realizada a estatística descritiva dos dados com médias e DP, além do Teste Wilcoxon para comparação das médias antes e após intervenção. Foi adotado significância de $p < 0,05$. A amostra apresentou média de 66,7 anos e foi composta igualmente pelos gêneros feminino e masculino. Em relação à escolaridade 55,5% estudaram de 0 a 5 anos, 64,3% eram casados e 75% da amostra eram aposentados. Todos os avaliados eram independentes na comunidade. O Programa de Autocuidado e Exercícios Fisioterapêuticos contribuiu para a melhoria de alterações dermatológicas tais como: úlceras, rachaduras, corte impróprio e unhas encravadas. Além disso, promoveu melhoras em alterações circulatórias, mobilidade funcional, condição de saúde e autocuidado em indivíduos Diabéticos tipo 2 atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Autocuidado;

Abstract: The care of diabetic individuals in primary health care must rely on health education actions to prevent diseases and promote a better quality of life. The aim of this study was to evaluate the effect of a self-care program and physical therapy exercises on health status, functional mobility, dermatological and circulatory aspects of diabetic individuals assisted in primary care. This is an experimental, quantitative, descriptive study. Conducted with a partial sample of 56 volunteers, chosen at random. The evaluated individuals were followed up for 10 weeks after delivery of the guidance booklet, and evaluated in the first and tenth weeks. They were evaluated using the Evaluation Form and WHODAS 2.0. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Uberlândia (UFU), under protocol number 94868318.5.0000.5152. For statistical analysis, descriptive statistics of the data with means and SD were performed, in addition to the Wilcoxon test to compare the means before and after the intervention. Significance was set at $p < 0.05$. The sample had an average of 66.7 years and was composed equally by the feminine and masculine genders. Regarding education, 55.5% studied from 0 to 5 years, 64.3% were married and 75% of the sample were retired. All subjects were independent in the community. The Self-Care and Physiotherapy Exercises Program contributed to the improvement of dermatological changes such as: ulcers, cracks, improper cut and ingrown nails. In addition, it promoted improvements in circulatory changes, functional mobility, health status and self-care in type 2 Diabetic individuals seen in Primary Health Care.

Key-words: Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Self care;

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	6
2- MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
3- RESULTADOS	11
4- DISCUSSÃO	16
5 – CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXOS	23

1 – INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é o contato prioritário dos usuários com o sistema de saúde. Baseia-se nos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e participação social. Uma das abordagens mais relevante da Atenção Básica é o cuidado da pessoa idosa, uma vez que o envelhecimento em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência.

A mudança na estrutura populacional brasileira é marcada por um aumento do número de idosos, decorrente da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, resultando em um aumento da expectativa de vida, advinda das melhorias no saneamento básico, das condições de vida mais adequadas, dos avanços no controle de doenças e nas tecnologias de saúde (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

O envelhecimento é um processo natural que acomete os indivíduos no decorrer de suas vidas, podendo levar a uma série de alterações em seu organismo. Assim, com o aumento da longevidade da população brasileira, desafios especiais são postos para a atenção à saúde, uma vez que os problemas de saúde dos idosos frequentemente são crônicos e podem requerer intervenções onerosas e com tecnologias complexas, quando os cuidados são postergados (CONCEIÇÃO, 2010; DEPONTI ACOSTA, 2010).

No Brasil, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se constituem como um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Essas doenças acometem de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA et al., 2014; MALTA; MERHY, 2010).

Dentre as DCNT, o presente estudo terá como foco a Diabetes Mellitus (DM). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes em 2019 havia 16,8 milhões de brasileiros com essa doença e a sua taxa de mortalidade específica, por 100 mil habitantes, em 1992 era de 12,8 e em 2010 passou a ser de 28,8. Vários fatores desempenham papel importante para esse crescimento, como por exemplo, obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

A Diabetes tem como característica principal a falta absoluta ou relativa de insulina no organismo, compreende um grupo heterogêneo de causas e manifestações clínicas, ocasionando modificações no metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e principalmente glicose (BARRILE et al. 2013).

Como complicações crônicas, destacam-se o desenvolvimento de cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, lesões na visão (retinopatia), doença renal (nefropatia), lesão neuronal (neuropatias), que constituem causas mais comuns de cegueira irreversível, doença renal crônica e amputações não traumáticas de membros inferiores (CENCI et al., 2013; QUEIROZ et al., 2011).

Dentre os quadros mais recorrentes das complicações, o Pé Diabético é considerado uma consequência de infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e a vários graus da doença vascular periférica nos MMII. Esse fenômeno decorrente da neuropatia, gera perda de sensibilidade periférica tátil, térmica e dolorosa, podendo determinar lesões complexas que, caso não sejam tratadas, podem levar à amputação do membro. Ressalta-se que cerca de 10 a 25% dos portadores de DM acima de 70 anos desenvolvem lesões em MMII e destes, 14 a 24% evoluem para amputação (NUNES et al., 2006; SBD, 2019).

As causas frequentes de úlcera diabética são: biomecânica alterada; pé com sensibilidade diminuída; insuficiência arterial; incapacidade do autocuidado; e deficiência quanto às orientações aos cuidados preventivos (AFONSO et al., 2014).

Pacientes com DM2 necessitam de atenção regular à saúde, implicando em elevados custos financeiros para o paciente e sociedade, sendo, portanto, imprescindível identificar fatores de risco para o desenvolvimento da doença e desenvolver programas de prevenção (TAMORNPARK et al., 2017). Hazuda e Espinoza (2017) afirmam que materiais educacionais e demais ferramentas devem ser utilizadas de forma combinadas com uma abordagem individualizada para atendimento ao idoso, considerando o contexto socioeconômico de cada indivíduo, carga de doenças, função física e expectativa de vida.

A atuação Fisioterapêutica não se restringe apenas ao campo curativo e da reabilitação, mas também nas ações de prevenção, educação em saúde, além da intervenção domiciliar que propicia uma melhora da qualidade de vida do paciente (MACIEL et al., 2005).

De acordo com Ozturk et al. (2014), idosos que apresentam algum tipo de síndrome metabólica comumente terão as dimensões físicas e emocionais da vida afetadas, com limitação das atividades diárias, independência e qualidade da vida. No entanto, o declínio cognitivo pode ser retardado quando associado a hábitos de vida específicos.

Considerando isso, a avaliação do estado de saúde dos indivíduos com DM utilizando apenas dados clínicos e de mortalidade não fornece informações detalhadas das reais condições de vida e de saúde dessa população. Indicadores que abordem também os prejuízos funcionais vêm demonstrando ser o mais adequado, pois refletem as diferentes dimensões de vida do idoso afetadas pelo impacto da doença incapacitante (FERNANDES, 2011).

Através da avaliação funcional se busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas das pessoas idosas de forma autônoma e independente, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. No intuito de promover um envelhecimento ativo e manter a pessoa idosa com independência pelo maior tempo possível, torna-se premente a avaliação da funcionalidade (SANTOS et al., 2013).

O nível de funcionalidade pode ser mensurado pelo WHODAS 2.0, um instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de avaliar a capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) básicas e instrumentais através de seis domínios Cognição, Mobilidade, Auto Cuidado, Relações Interpessoais, Atividades de Vida e Participação (OMS, 2015).

Um dos Princípios e Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, criado pelo Ministério da Saúde é a autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado. A capacidade de avaliar autocuidado pode ser aperfeiçoada através das crenças relacionadas à condição de saúde, as atitudes, a confiança e a motivação diante da mudança, a importância dada à condição e a presença e a força de redes de suporte social (MENDES, 2012).

O autocuidado surge como uma alternativa para a promoção à saúde e prevenção de agravos dos indivíduos portadores de DM, sua prática consiste na auto responsabilização do indivíduo para manter sua saúde e bem estar.

O autocuidado possui três pilares principais a serem desenvolvidos com o indivíduo portador de DCNT. O primeiro deles é o manejo clínico, nele se encontram os cuidados com os pés, por exemplo, conhecimentos sobre a doença, o conceito, o diagnóstico, os sinais e sintomas

de descompensação etc. O segundo refere-se às mudanças necessárias no estilo de vida, os novos papéis e perspectivas diante da condição. E o terceiro refere-se aos aspectos emocionais do paciente e a mudança de visão do futuro, ou como ele lida, enfrenta a condição crônica e suas adversidades.

Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar o efeito de um programa de autocuidado e exercícios fisioterapêuticos na condição de saúde, mobilidade funcional, aspectos dermatológicos e circulatórios de indivíduos diabéticos assistidos na atenção primária.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo experimental, com abordagem quantitativa, de caráter descritivo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com protocolo de nº 868318.5.0000.5152.

A coleta de dados foi realizada no Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR) em Uberlândia-MG. A unidade de saúde é referência para aproximadamente 10 mil pessoas do território de abrangência.

Para determinar a amostra, foi realizado o cálculo amostral utilizando a população assistida pelo CEJAR e a frequência percentual de diabéticos na população brasileira, que de acordo com o Ministério da Saúde é de 8,1% em 2017. O erro amostral foi de 5% e o nível de confiança de 95%. Sendo assim, uma amostra representativa dessa população deveria ser composta por 112 indivíduos diabéticos. Contudo, amostra por conveniência foi adotada com 56 indivíduos moradores da região de abrangência do CEJAR.

Para serem incluídos no estudo, os indivíduos deveriam ser residentes no território de abrangência do CEJAR, ter diagnóstico de DM tipo 2, ter idade acima de 18 anos, condição de se locomover independentemente e atender a comandos de voz, podendo ser de ambos os sexos. Foram excluídos os indivíduos que possuíam diagnóstico de alguma doença incapacitante ou tinham sofrido algum trauma que comprometia diretamente a mobilidade, força e sensibilidade dos membros inferiores.

Os indivíduos foram convidados a participar do estudo por meio de ligação telefônica realizada pelos pesquisadores, especificando que eles deveriam comparecer ao CEJAR na data e horário programado para a avaliação.

No momento da avaliação, inicialmente, os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, para análise dos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a avaliação dos mesmos por meio de uma ficha. Essa ficha era composta por uma anamnese para identificação e coleta dos dados sociodemográficos, antropométricos, histórico de saúde e hábitos de vida, e em seguida a avaliação clínica, para avaliar a situação dos membros inferiores (MMII) referente aos aspectos dermatológicos, circulatórios, neurológicos, funcionais e de autocuidado.

No exame dermatológico foi realizada a observação da pele e unhas para verificação da presença de úlceras, queimaduras, bolhas, rachaduras, ressecamento, calosidades, onicomicose, micose interdigital, corte das unhas arredondado impróprio e unha encravada.

Foi realizado o teste Timed Up And Go (TUG), para avaliação da mobilidade funcional relacionada ao equilíbrio e a marcha.

O instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), instrumento genérico de avaliação desenvolvido pela OMS para fornecer um método padronizado de mensuração da condição da saúde e deficiência de forma transcultural foi adotado no presente estudo a fim de se verificar o nível de funcionalidade em seis domínios de vida: Cognição, Mobilidade, Auto Cuidado, Relações Interpessoais, Atividades de Vida e Participação.

Para estudar os desfechos dos resultados do WHODAS 2.0, há três intervalos de pontuação de incapacidade: nenhuma ou baixa incapacidade 0-24%, moderada incapacidade 25-49%, severa incapacidade 50-95% e extrema ou completa 96% -100% (PEDRO- CUESTA et al., 2013).

Ao término da avaliação, cada voluntário recebeu uma cartilha contendo orientações referente ao programa de exercícios fisioterapêuticos e autocuidado para os membros inferiores. A cartilha foi baseada na Sociedade Brasileira de Diabetes e elaborada pelos próprios pesquisadores, contendo orientações referentes à observação e hidratação dos pés, uso do calçado adequado, corte das unhas adequado, orientações sobre mudança de hábitos e exercícios para as pernas, pés e dedos, com objetivo de alongamento, mobilização, fortalecimento da musculatura intrínseca do pé, sensibilização, melhora da circulação e coordenação. Juntamente com a cartilha, foi entregue a cada voluntário, um kit de materiais para realização dos exercícios. Cada kit continha uma atadura, uma toalha fina pequena, uma bucha vegetal e um copo plástico com cinco bolinhas de gude. Após cinco semanas da avaliação, o indivíduo retornava à unidade para

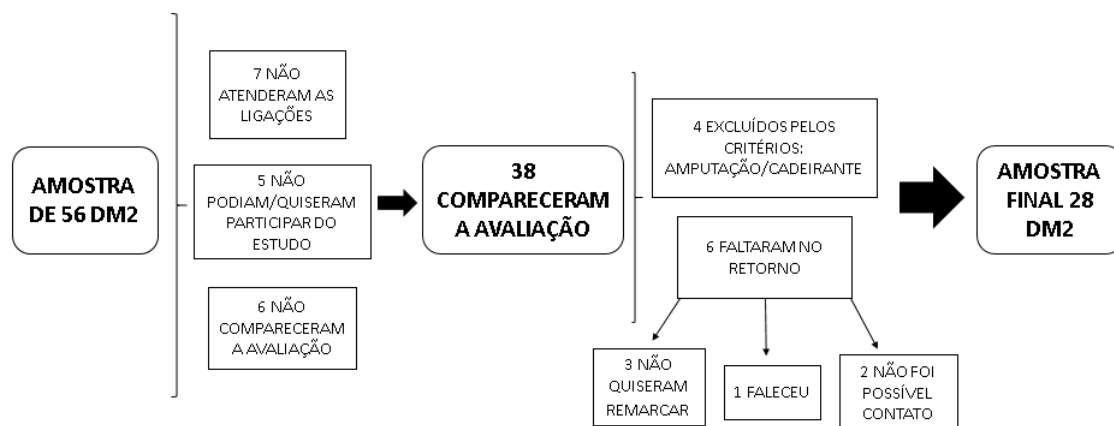
monitoramento e esclarecimento sobre a realização dos exercícios e do autocuidado. Ao final de dez semanas após a avaliação, foi realizada a reavaliação (Anexo III) e (Anexo IV), utilizando como base as alterações observadas na avaliação inicial. Durante esse período de dez semanas, os pesquisadores fizeram ligações semanais para os voluntários a fim de incentivar a prática das atividades propostas na cartilha.

Para análise estatística foi realizada a estatística descritiva dos dados com valores expressos em percentuais, média e desvio padrão (DP). O teste de Kolmogorov Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados e o Teste de Wilcoxon para comparação das médias antes e após intervenção. Foi adotado significância de $p < 0,05$.

3- RESULTADOS

Inicialmente a amostra foi composta por 56 voluntários, entretanto, 28 concluíram todas as etapas do estudo, compondo a amostra final (Figura 1).

Figura 1 - Detalhamento da Amostra Final



Fonte: Elabora pela autora (2019).

A caracterização dos voluntários participantes é apresentada na tabela 1, onde ressalta-se a escolaridade, o tempo de diagnóstico de diabetes mellitus, o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e o histórico familiar.

Tabela 1 - Distribuição de percentuais descritivos da amostra de 28 indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Variáveis	Categorias	%
SEXO	Feminino	50%
	Masculino	50%
COR (auto-referida)	Pardos	39,3%
	Brancos	32,1%
	Pretos	25%
	Índios	3,6%
ESTADO CIVIL	Casado	64,3%
	Viúvo	14,3%
	Separado/Divorciado	14,3%
	Solteiro	7,1
ESCOLARIDADE	Fundamental	85,7%
	incompleto	7,1%
	Médio completo	3,6%
	Técnico completo	3,6%
	Analfabetos	
OCUPAÇÃO	Aposentados/Pensionis	75%
	tas	14,3%
	Não trabalham	7,1%
	Empregados	3,6%
	Desempregados	

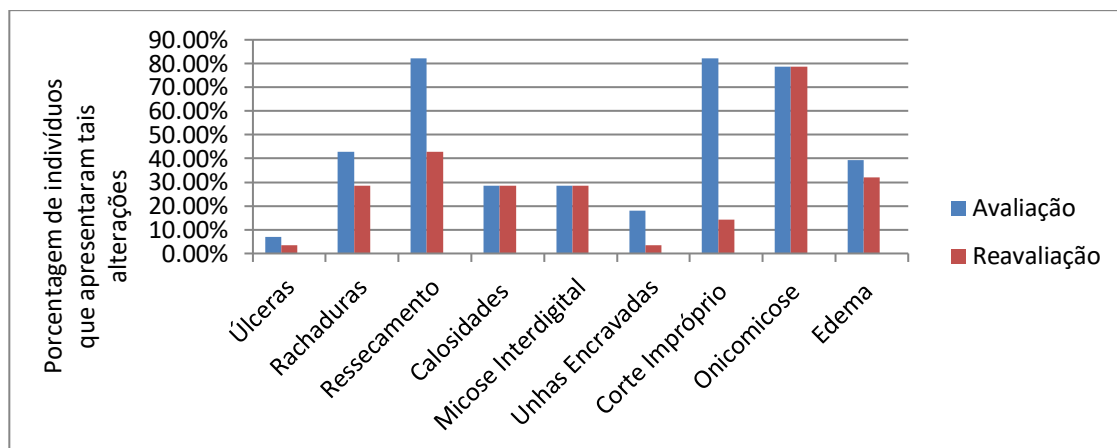
Variáveis	Categoria	%
TEMPO DE DIAGNÓSTICO	Dez anos ou mais	64,2%
	Inferior a dez anos	35,8%
HISTÓRICO FAMILIAR DE DIABETES MELLITUS	Apresentava	75%
	Não apresentava	25%
HIPERTENSÃO ARTERIAL	Sim	82,1%
	Não	18,9%
TABAGISTA	Não	46,4%
	Ex tabagista	46,4%
	Sim	7,2%
ELITISTA	Não	57,1%
	Ex etilista	25%
	Sim	17,8%

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Com relação à atividade física, 60,7% relataram fazer alguma regularmente, sendo as mais citadas caminhada e hidroginástica. Na reavaliação, a frequência dos que realizavam algum exercício físico aumentou para 75%.

Quanto aos aspectos dermatológicos e circulatórios as comparações das alterações na avaliação e reavaliação, estão representadas em valores percentuais gráfico a seguir (Figura 2). Como parâmetro para análise foi utilizada a presença ou não de alteração nos aspectos avaliados.

Figura 2 – Alterações encontradas na avaliação e reavaliação dos MMII de uma amostra de 28 indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 assistidos na Atenção Primária à Saúde.

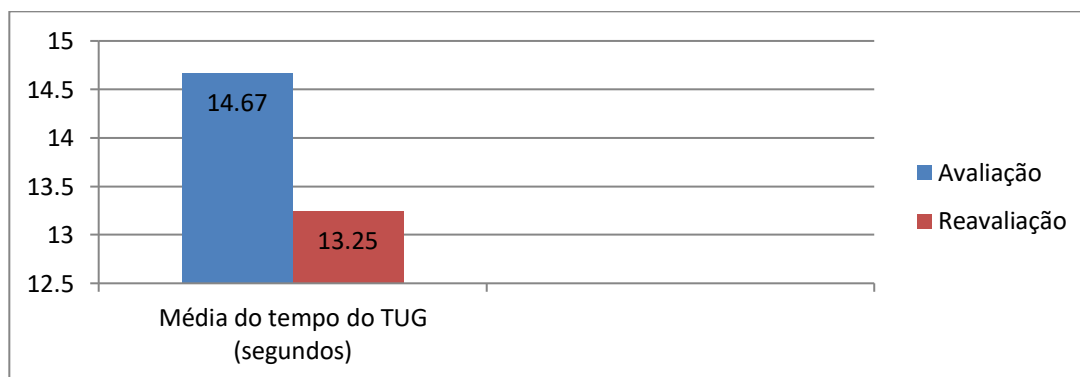


Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O uso do calçado, na avaliação foi considerado inadequado em 71,4% dos voluntários, na reavaliação houve uma alteração positiva nesse quesito de 7,1%.

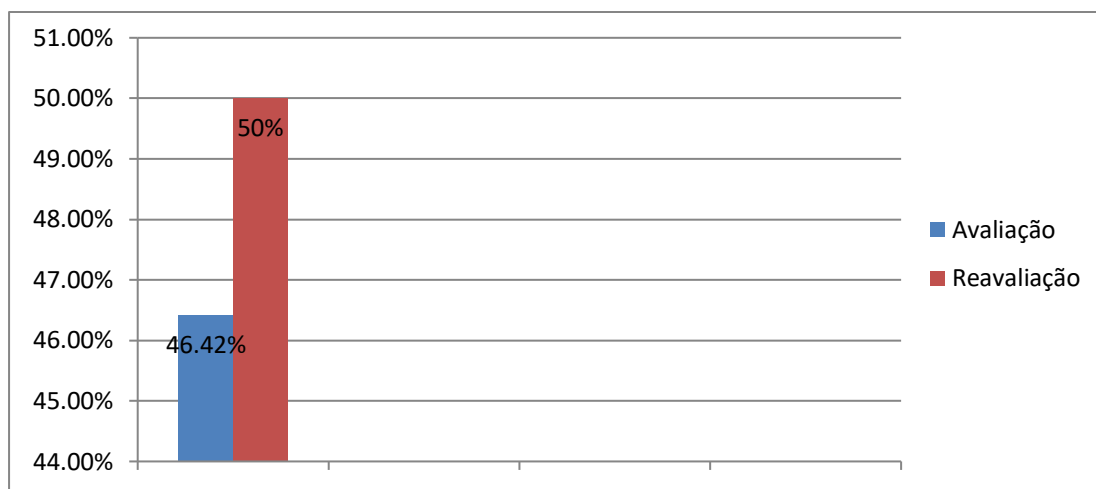
Com relação ao TUG, a variação do tempo, em segundos, da avaliação foi de 9 a 52 segundos e da reavaliação foi de 9 a 21 segundos. Já em relação à média do tempo de realização do teste e a porcentagem de indivíduos que apresentaram o tempo normal, igual ou menor que doze segundos, os valores estão descritos, respectivamente, na figura 3 e na figura 4.

Figura 3 - Distribuição da média do tempo em segundos de realização do teste em indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

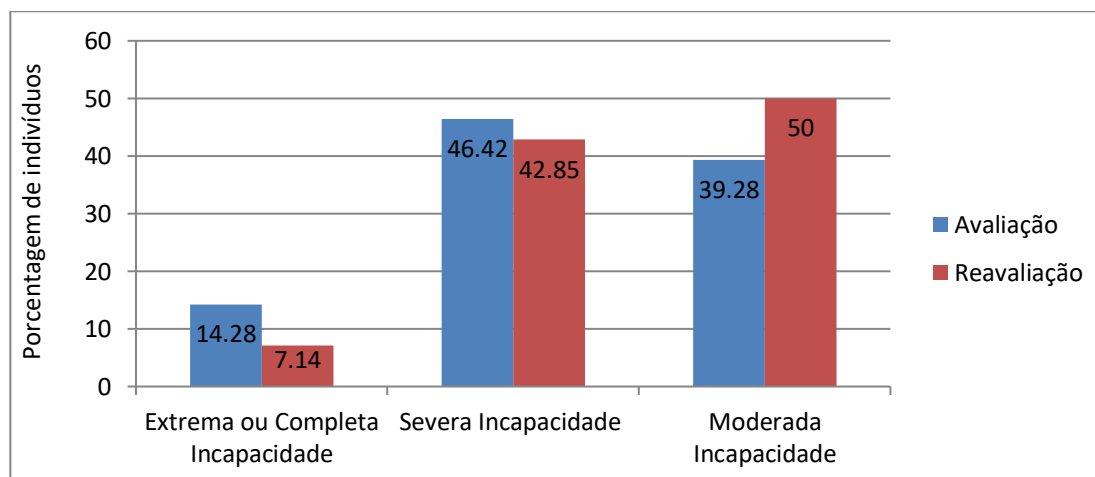
Figura 4- Porcentagem de indivíduos que realizaram o TUG em tempo normal.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2019).

Em relação à condição de saúde avaliado pelo WHODAS 2.0, na avaliação os entrevistados apresentaram média ($\pm$ DP) de $60,28 \pm 22,25$, e na reavaliação apresentaram média ($\pm$ DP) de $53,84 \pm 18,65$. Sobre os três intervalos de pontuação de incapacidade, os valores estão descritos na figura 5.

Figura 5- Descrição dos três intervalos de incapacidade obtidos pelo WHODAS 2.0.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na análise estatística de comparação do WHODAS 2.0 e TUG antes e pós intervenção através do Teste de Wilcoxon, não houve diferença significativa entre os momentos ($p=0,292$ e $p=0,130$; respectivamente).

4- DISCUSSÃO

Uma limitação desse estudo foi à amostra final obtida ter sido reduzida pelo índice de falta dos indivíduos. Essa ocorrência pode estar relacionada com a ausência de cobertura de agentes comunitários de saúde (ACSs) na região, o que dificulta a comunicação direta com os moradores.

A amostra foi composta igualmente pelo sexo feminino e masculino. Na literatura, alguns estudos demonstram maior prevalência da doença no gênero feminino, porém quando realizada uma busca ativa, uma alta prevalência de diabetes na população masculina também é encontrada, dados que corroboram com o presente estudo (GOLDENBERG; SCHENKMAN; FRANCO, 2003).

A maior prevalência da DM em mulheres não estaria associada a fatores biológicos, mas sim as mulheres tradicionalmente, procurarem mais os serviços de saúde, ou seja, uma subnotificação de casos no gênero masculino.

A maioria dos indivíduos da amostra, quanto à escolaridade, possuíam ensino fundamental incompleto. A ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como a Diabetes é maior em indivíduos com Ensino Fundamental Incompleto do que indivíduos com Ensino Fundamental Completo, como apresenta o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis.

A escolaridade é utilizada como indicador de posição social, uma vez que tem uma relação estreita com renda, ocupação e prestígio social (PASTORE; SILVA, 2000; RIBEIRO, 2014). Os indivíduos de baixa renda são mais afetados pelas DCNT por encontrarem-se mais expostos aos fatores de risco, serem mais susceptíveis aos determinantes sociais da saúde e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Quando relacionada com condição de saúde a escolaridade está relacionada com a capacidade de determinar comportamentos e ações.

Quanto ao tempo de diagnóstico, 64,28% da amostra convive com a doença a mais de dez anos. De acordo com a literatura, entre os usuários que possuem o diagnóstico da doença há mais

de 10 anos, o percentual daqueles que apresentam complicações é maior do que entre os que possuem o diagnóstico da doença há menos de 10 anos. Por isso a necessidade de realizar intervenções precoces que minimizem as complicações e melhorem a qualidade de vida do indivíduo (CORTEZ et al., 2015).

Segundo o Consenso Internacional do Pé Diabético (2001), as unhas encravadas dos pododáctilos, geralmente, são o resultado de uma má técnica de corte das unhas e de uma unha quebrada, cuja ponta, se não for removida, pode penetrar no sulco ungueal. O corte quadrado é o indicado devido a menor possibilidade de lesão nos cantos dos dedos.

Nesse estudo, houve uma redução significativa na incidência de unhas encravadas, ressecamento e rachaduras o que pode estar relacionado à educação em saúde promovida pela Cartilha de Orientações e ao hábito de autocuidado. Além disso, pode estar relacionada também com a presença dos pesquisadores através das ligações semanais, reforçando a importância do cumprimento das condutas indicadas na Cartilha.

Oferecer um material educativo e instrutivo padroniza as orientações a serem realizadas, auxilia o indivíduo na compreensão do processo de saúde-doença e a desenvolver caminhos da recuperação (ECHER, 2005).

Com relação ao TUG, a amostra apresentou diminuição no tempo de execução do teste, de 14,67s para 13,25s, entretanto, não houve diferença significativa. Esse resultado pode estar relacionado com o fato do estudo não apresentar uma intervenção que influencie diretamente no tempo de mobilidade, como a prática de exercícios aeróbicos. Por mais que alguns indivíduos relatassem a prática desses exercícios, como a caminhada, não houve um acompanhamento e nem mensuração da frequência, o que representa uma limitação desse estudo. Outros estudos como o de Souza (2015) e de Lima e Junqueira (2016) também não apresentaram diferença significativa na redução do tempo de execução do teste, o que corrobora com a nossa pesquisa.

O WHODAS 2.0 foi um instrumento de difícil compreensão para os indivíduos, o que representou uma limitação desse estudo. Parte dos indivíduos classificados com incapacidade extrema ou completa incapacidade na avaliação, evoluíram para a condição de incapacidade moderada na reavaliação. Esse progresso pode estar relacionado com uma melhor compreensão do instrumento, tanto por parte dos pesquisadores quanto por parte dos indivíduos participantes do estudo. Dias (2016) e Balco (2018) também relataram dificuldade de compreensão desse instrumento em seus estudos.

Os resultados do presente estudo demonstram a importância da educação em saúde e da co-responsabilização dos sujeitos sobre a sua saúde. Observamos a importância de tornar essas orientações cada vez mais simples e explicativas, assim como facilitar o acesso a elas.

5 – CONCLUSÃO

O Programa de Autocuidado e Exercícios Fisioterapêuticos contribuiu para a melhoria de alterações dermatológicas tais como: úlceras, rachaduras, corte impróprio e unhas encravadas. Além disso, promoveu melhoras em alterações circulatórias, mobilidade funcional, condição de saúde e autocuidado em indivíduos Diabéticos tipo 2 atendidos na Atenção Primária à Saúde. A Cartilha de Orientações utilizada para a promoção e prevenção em saúde foi um importante instrumento de conscientização dos indivíduos quanto a sua condição de saúde e autocuidado. Para aumentar a significância estatística, recomenda-se aumentar o número da amostra e aperfeiçoamento da ferramenta WHODAS 2.0.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Cristina et al. Prevenção e tratamento de feridas—da evidência à prática. **Primeira Edição, HARTMANN Portugal**, 2014.

BALCO, Estenifer Marques. **Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BARRILE, S. R. et al. Comprometimento sensório-motor dos membros inferiores em diabéticos do tipo 2. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 537–548, 2013.

BISCHOFF, H. A. et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed “up and go” test in community-dwelling and institutionalised elderly women. **Age and Ageing**, v. 32, n. 3, p. 315–320, 2003.

BRAZIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003**. Inca, 2004.

CENCI, D. R. et al. Análise do equilíbrio em pacientes diabéticos por meio do sistema F-Scan e da Escala de Equilíbrio de Berg. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, p. 55–61, 2013.

CONCEIÇÃO, L. DA. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 81–91, 2010.

CORTEZ, Daniel Nogueira et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

DEPONTI, Renata Nadalon; DE FIGUEIREDO ACOSTA, Marco Aurelio. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 15, n. 1, 2010.

DIAS, Vanessa da Nóbrega. **Avaliação do desempenho funcional de idosos com diabetes mellitus tipo 2**. 2016. Dissertação de Mestrado. Brasil.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

FERNANDES, M. DAS G. M. Indicadores Sociodemográficos E Capacidade Funcional De Idosos Diabéticos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 57–64, 2011.

GOLDENBERG, Paulete; SCHENKMAN, Simone; FRANCO, Laércio Joel. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 6, p. 18-28, 2003.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE O PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre o pé diabético**. Brasília: Secretaria de Estado do Distrito Federal, 2001.

HAZUDA, Helen P.; ESPINOZA, Sara E. Prevention of Falls and Frailty in Older Adults with Diabetes. **Current Geriatrics Reports**, v. 6, n. 3, p. 158-167, 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**, 8th ed. Brussels, Belgium: 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**, 9th edn. Brussels, Belgium: 2019.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 700-701, June 2003.

LIMA, Camila Flora de; JUNQUEIRA, Natalia Katarine Bittencourt. **Efeitos de uma intervenção fisioterapêutica de equilíbrio, propriocepção e coordenação em diabéticos**. 2016.

MACIEL, R. et al. Teoria, Prática E Realidade Social: Uma Perspectiva Integrada Para O Ensino De Fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 18, n. 1, p. 11–17, 2005.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 14, n. 34, p.

593–605, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** 2012.

MENDONÇA, S. DE S.; MORAIS, J. DE S.; MOURA, M. C. G. G. DE. Proposta de um protocolo de avaliação fisioterapêutica para os pés de diabéticos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 2, p. 285–298, 2011.

NUNES, Marco Antonio Prado et al. Fatores predisponentes para amputação de membro inferior em pacientes diabéticos internados com pés ulcerados no estado de Sergipe. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 5, n. 2, p. 123-130, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação de Saúde e deficiência: Manual do WHO disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).** p. 3–90, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. **Relatório global sobre diabetes.** 2016.

ÖZTÜRK, Zeynel Abidin et al. Association of depression and sleep quality with complications of type 2 diabetes in geriatric patients. **Aging clinical and experimental research**, v. 27, n. 4, p. 533-538, 2015.

PASTORE, J.; SILVA, N. DO V. **Mobilidade Social no Brasil.** São Paulo: Makron, 2000.

PEDRO-CUESTA, Jesús et al. Disability transitions after 30 months in three community-dwelling diagnostic groups in Spain. **Plos One**, v. 8, n. 10, p. e77482, 2013.

QUEIROZ, P. et al. Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 4, p. 254–258, 2011.

SANTOS, S. S. C. et al. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 789–793, 2013.

SBD, S. B. DE D. Cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus. **Sociedade brasileira de diabetes**, p. 173, 2009.

SOUZA, Cibele Cardenaz de. **Eficácia de uma intervenção fisioterapêutica na qualidade de vida, propriocepção, sensibilidade e mobilidade de idosos diabéticos institucionalizados**. 2015. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

TAMORNPARK, Ratipark et al. Factors associated with type 2 diabetes mellitus among the elderly hill tribe population in Thailand. **Southeast Asian Journal Trop Med Public Health**, v. 48, n. 5, p. 1072-82, 2017.

ANEXOS

Anexo I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Programa de exercícios fisioterapêuticos e orientações de autocuidado para indivíduos diabéticos assistidos na atenção primária”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Ângelo Piva Biagini (FAEFI-UFU), Giovanna Moreira Gobs (FAEFI-UFU) e Monisa Alves Borges Silva (COREMU-FAMED-UFU) Nesta pesquisa nós estamos buscando caracterizar o perfil social e demográfico, o histórico de saúde e a história clínica dos indivíduos diabéticos do território do Centro Escola de Saúde Jaraguá. Além disso, avaliar o estado clínico dos membros inferiores, com foco no “pé diabético, obter informações sobre a sua qualidade de vida e observar a eficácia das orientações de cuidado e exercícios por meio de uma cartilha de orientações domiciliares.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelas pesquisadoras Giovanna Moreira Gobs e Monisa Alves Borges Silva, no mesmo dia e local da avaliação. Você terá tempo para ler antes da avaliação e decidir se quer ou não participar. Na sua participação, você irá responder perguntas sobre seus hábitos de vida e cuidados com os pés, além disso irá realizar alguns testes em que você terá que fazer movimentos com os pés e caminhar. Também serão recolhidos dados pessoais seus como o grau de escolaridade, estado civil, peso e altura, etc. Imediatamente após a avaliação, você receberá uma cartilha de orientação de cuidados e exercícios fisioterapêuticos, os quais você será orientado e irá praticar em casa. Neste mesmo dia será marcado o seu retorno, após 5 semanas, esse segundo encontro será usado para tirar suas dúvidas sobre a cartilha (se houver) e reforçar a prática dos exercícios e autocuidado. Após 10 semanas da avaliação, você irá novamente até a unidade de saúde e passará novamente por alguns dos testes realizados no primeiro dia.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Como se trata de informações que serão obtidas por meio das fichas de avaliações e questionários, o maior risco é a perda da confidencialidade. Dessa forma, não será mencionado o seu nome ou quaisquer informações que possam causar riscos ou danos à sua integridade física ou moral. Os casos serão apresentados por meio de letras ou números. Como benefício dessa pesquisa, você irá receber uma cartilha para orientações quanto ao cuidado dos pés e exercícios fisioterapêuticos. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o

momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Monisa Alves Borges Silva (3218-2934) vinculada a COREMU/FAMED/UFU– Coordenação da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, localizada na Av. Pará 1720, Umuarama - Bloco 2H, Giovanna Moreira Gobs (3218-2934) ou Ângelo Piva Biagini (3218-2934) vinculados a FAEFI/UFU – Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia, localizada na R. Benjamin Constant, 1286 - Nossa Sra. Aparecida. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia,.....de..... de 2018

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo II - AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO PACIENTE DIABÉTICO

Nº do Prontuário: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Retorno (5 semanas após): ____/____/____

Data da reavaliação (10 semanas após): ____/____/____

1. Identificação e dados sociodemográficos

Nome: _____

Sexo: () F () M Idade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____/_____

Opção de contato: () Whatsapp () SMS () Ligação Telefônica

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado/Divorciado

Mora sozinho: () Sim () Não

Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo

() Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto

() Superior Completo () Pós Graduação

Ocupação: _____ () Aposentado ()
AfastadoCor (auto referida): () Branca () Preta () Parda () Amarela ()
Indígena

Renda (salário mínimo): () <1 () 1 () 2 () 3 a 4 () >4

2. Histórico de Saúde

Hipertensão Arterial Sistêmica: () Sim () Não Tempo de Diagnóstico: _____

Histórico Familiar: () Sim () Não

Diabetes Mellitus: () Sim () Não Tipo: _____ Tempo de Diagnóstico: _____

Histórico Familiar: () Sim () Não

Tabagista: () Sim () Não Ex Tabagista: () Sim () Não

Quantidade de cigarros/dia: _____

Etilista: () Sim () Não

Ex Etilista: () Sim () Não

Outros problemas de saúde: _____

Medicamentos utilizados: _____

Atividade física: () Sim () Não

Frequência: () 1x/semana () 2 a 3x/semana () 4 a 5x/semana () Todos os dias

3. Avaliação clínica

Peso: _____ Altura: _____ IMC (Peso(kg)/Altura²(m)): _____ Classificação: _____

Circunferência Abdominal: _____ Circunferência Quadril: _____ RCQ: _____

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)	CLASSE DE OBESIDADE
Baixo peso	< 18,5	
Normal	18,5 - 24,9	
Sobrepeso	25,0 - 29,9	
Obesidade	30,0 - 34,9	Grau I
	35,0 - 39,9	Grau II
	> 40,0	Grau III

3.1 Avaliação Dermatológica

ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS	PÉ DIREITO		PÉ ESQUERDO	
	DORSO	PLANTAR	DORSO	PLANTAR

Úlceras										
Queimaduras										
Bolhas										
Rachaduras										
Pele ressecada/descamativa										
Calosidades										
ASPECTO DAS UNHAS	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Unha espessa/farinácea/onicomicose										
Micose interdigital										
Corte das unhas impróprios										
Unha encravada										

3.2 Avaliação Circulatória

Edema: () Não Local: () Pés () Pés +MMII () MMII

Coloração MMII: () Pálido () Ruborizado () Cianótico

Temperatura MMII: () Quente () Frio

Turgor cutâneo: _____

Diminuição dos pelos: () sim () não
Local: _____

Dor/desconforto nos MMII: () Não () Noturno () Repouso () Movimento



Pulsos	DIR			ESQ		
	P resente	Di minuído	A usente	P resente	Di minuído	A usente
Pedios						
Tibial Posterior						

Técnica palpatória para identificação de artérias:



A – Palpação do pulso pedios dorsal



B – Palpação do pulso tibial posterior

Tempo de enchimento capilar (normal até 5 segs.):

DIR: () normal () alterado Tempo: _____

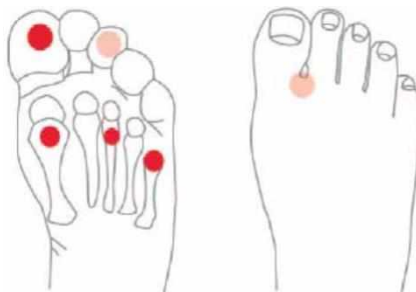
ESQ: () normal () alterado Tempo: _____

3.3 Avaliação da Sensibilidade (monofilamento de 10 g – Cor laranja)

Sensibilidade protetora	Pé DIR			Pé ESQ		
	a vez	a vez	a vez	a vez	a vez	a vez
1º pododáctilo						
3º pododáctilo						
5º pododáctilo						
Cabeça do 1º metatarso						
Cabeça do 3º metatarso						
Cabeça do 5º metatarso						
Dorso do pé						

Presente (X) – Ausente (branco)

Locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstem:



3.4 Goniometria

TORNOZELO	DI R	ES Q
Dorsiflexão (0°-20°)		
Flexão plantar (0°-45°)		
Inversão (0°-40°)		
Eversão (0°-20°)		

3.5 Teste de Força (grau de 0 a 5)

	D IR	E SQ
Dorsiflexão do tornozelo		
Flexão plantar do tornozelo		
Flexão dos dedos		
Extensão dos dedos		
Inversão do pé		
Eversão do pé		

3.6 Teste Funcional

	NÚMERO DE REPETIÇÕES	CLASSIFIC AÇÃO
Dorsiflexão do tornozelo		
Flexão plantar do tornozelo		
Inversão do tornozelo		
Eversão do tornozelo		
Flexão dos dedos		
Extensão dos dedos		
CLASSIFICAÇÃO		

Dorsiflexão do tornozelo	0 – Não funcional
Flexão plantar do tornozelo	1 a 4 – Pouco funcional
Flexão dos dedos	5 a 9 – Razoavelmente funcional
Extensão dos dedos	10 a 15 – Funcional
Inversão do tornozelo	0 – Não funcional
Eversão do tornozelo	1 a 2 – Pouco funcional
	3 a 4 – Razoavelmente funcional
	5 a 6 – Funcional

3.7 Teste Timed up and go (TUG)

Tempo para realizar o teste em segundos: _____

3.8 Avaliação estrutural

Presença de deformidades: () Dedos em Garras () Dedo em Martelo () Pé de Charcot

Tipo de pé: () Normal () Cavo () Plano

3.9 Avaliação da Marcha

() Normal () Claudicação Intermitente () Dispositivo auxiliar () Outro

4. Avaliação do autocuidado

Estilo (modelo): _____

() Adequado () Inadequado

Higiene do pé: _____

() Adequado () Inadequada

Anexo III- Cartilha de Orientações

2) ESTENDA uma toalha no chão e com o pé descalço, tente **PUXAR** a toalha para si com os **DEDOS** dos pés. Repita 20 vezes com cada pé.



3) Com uma bucha vegetal, **MASSAGEIE** os pés com movimentos leves e circulares. **NÃO** passe a bucha sobre feridas.



4) Com os pés no chão, **LEVANTE TODOS OS DEDOS** juntos, sem tirar o calcanhar do chão. Depois **LEVANTE SO O DEDÃO**. Por último, **LEVANTE OS OUTROS DEDOS e MANTENHA O DEDÃO NO CHÃO**. Repita 10 vezes cada movimento com cada um dos pés.



5) **SENTADO**, fique na: **PONTA DOS PÉS** e **VOLTE** a colocar o calcanhar no chão **DEVAGAR**. Repita por 20 vezes.



6) Sentado ou de pé, **LEVANTE** uma perna e **GIRE** o tornozelo desenhando um círculo no ar com o dedão. Faça 20 vezes com cada pé, 10 para cada direção (**PARA DENTRO E PARA FORA**).



7) **PEGUE** com **TODOS** os dedos do pé as bolinhas de gude e coloque dentro do copo. Quando sentir que está fácil tente segurar objetos menores (ex: grãos de feijão).



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL - ATENÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA - PRAPS-FAMED-UFU**

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES

DIABETES é uma doença na qual o corpo não produz ou não consegue usar corretamente um hormônio chamado insulina. A insulina controla a quantidade de açúcar no sangue. Na diabetes, o nível de açúcar no sangue fica alto, e se isso permanecer por muito tempo, pode ocasionar problemas em órgãos, vasos sanguíneos e nervos. Essas estruturas do nosso corpo são responsáveis por transportar o sangue e manter a nossa sensibilidade. A redução do fluxo sanguíneo e da sensibilidade nos pés faz com que seja mais fácil surgir feridas e infecções, que podem levar à amputação. Essas alterações também podem provocar fraqueza, rigidez nas articulações e diminuição do equilíbrio. **PE DIABÉTICO** é aquele que está exposto a esses riscos.

Essa cartilha irá te orientar quanto aos cuidados diários com os seus pés, hábitos de vida e exercícios, para prevenir e/ou melhorar as alterações citadas!



Autores: Fisioterapeutas Monisa Borges e Professor Dr. Angelo Piva.

OLHE seus pés diariamente, se não conseguir peça ajuda de alguém ou use um espelho. Observe se há calos, bolhas, rachaduras, descamação ou outras lesões.



No banho, evite a água muito quente. Lembre-se de LAVAR entre os dedos e também SECAR bem. Após secar, aplique óleo/creme para HIDRATAR e evitar rachaduras.



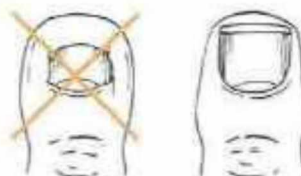
NUNCA ande descalço, você pode pisar em algo, não perceber e se machucar.



Para sair de casa use sapatos FECHADOS, CONFORTÁVEIS e que NÃO APERTEM seus pés. Coloque também MEIAS, de cor clara de preferência.



CORTE as unhas em LINHA RETA para evitar que elas encravem, use sempre material limpo para o corte. Não retire as cutículas e nem estoure bolhas.



HÁBITOS DE VIDA

EVITE ficar em sentado ou de pé por muito tempo. Faça PAUSAS no trabalho para andar um pouco ou colocar as pernas para cima. Se puder faça CAMINHADAS ou outro exercício físico. Isso vai

melhorar a circulação do sangue e evitar o inchaço nas suas pernas e pés.

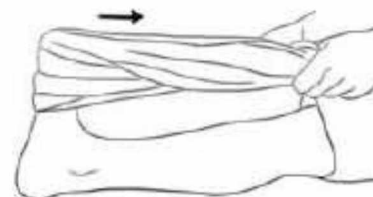


EVITE ingerir bebidas alcoólicas em EXCESSO e tente ELIMINAR o hábito de fumar.



EXERCÍCIOS

1) PUXE o pé pela ponta dos dedos com uma faixa/toalha/lençol, sinta a sola do pé esticando. SEGURE NESSA POSIÇÃO e conte até 30 para cada pé, repetindo 3 vezes em cada.



Anexo IV- WHODAS 2.0



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção1

Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista				
1	Número da identidade do entrevistado			
2	Número da identidade do entrevistador			
3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
4	Data da entrevista	_____	_____	_____
5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3

Domínio 1 Cognição

Nos últimos 30 dias, quanta de você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
1.6	Começar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
2.3	Movimentar-se dentro de sua casa?	1	2	3	4	5
2.4	Sair da sua casa?	1	2	3	4	5
2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Domínio 3 Auto-cuidado

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
3.1	<u>Lavar seu corpo inteiro?</u>	1	2	3	4	5
3.2	<u>Vestir-se?</u>	1	2	3	4	5
3.3	<u>Comer?</u>	1	2	3	4	5
3.4	<u>Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
4.1	<u>Lidar com pessoas que você não conhece?</u>	1	2	3	4	5
4.2	<u>Manter uma amizade?</u>	1	2	3	4	5
4.3	<u>Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?</u>	1	2	3	4	5
4.4	<u>Fazer novas amizades?</u>	1	2	3	4	5
4.5	<u>Ter atividades sexuais?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 5 Atividades de vida

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue Fazer
5.1	Cuidar das suas Responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
5.2	Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
5.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as <u>tarefas domésticas</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
------	--	-------------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
5.7	<u>Fazer</u> todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5
5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?					Não 1
						Sim 2
5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?					Não 1
						Sim 2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
------	--	-------------------------------------

Por favor, continue na próxima página...

Domínio 6 Participação

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar de atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
6.4	Quanto <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
6.5	Quanto você tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	1	2	3	4	5

2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	
3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	

- 1 Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.