

VOLUME 1
NÚMERO 2

JUNHO 2016

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL

GESTÃO, CUIDADO E DIVERSIDADE ÉTNICO-RACIAL EM SAÚDE

ESPAÇO TEMÁTICO

Alimentação no Transtorno do Espectro Autístico

*Izabela Gelisk, Roberta Barone, Camilla Almeida, Leandro Ricardo Baqueiro,
Izabela Ferraz*

Os Benefícios do Processo de Acreditação Hospitalar para o Trabalho da
Equipe de Enfermagem

*Ivone Gonçalves Souza, Aline Ferreira da Silva Almeida, Viviane Silva de Jesus,
Samylla Maira Costa Siqueira*

Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades
de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática

Jeisa Riane Guedes França, Brendo Vitor Nogueira Sousa, Viviane Silva de Jesus

ARTIGOS

Extensão Universitária como Espaço de Vivência Interdisciplinar do
Cuidado em Saúde

Carolina Larrosa Almeida, Ana Joyce Araújo Silva, Hugo Bernardino Ferreira da Silva

Hipertensão Arterial: Conhecimento de Jovens Quilombolas

*Thais de Andrade Alves, Brendo Vitor Nogueira Sousa, Viviane Silva de Jesus,
Clímene Laura de Camargo*

Prevalência e Fatores Relacionados à Queda em Idosos

*Lilian Carvalho Dutra, Samira de Jesus Pereira Melo, Lilian Britto Silva,
Djeyne Silveira Wagmacker*



Faculdade Adventista da Bahia

**Revista Brasileira
De Saúde Funcional**
*Gestão, Cuidado e Diversidade
Étnico-Racial em Saúde*

Volume 1

Número 2
ISSN: 2358-8691

Junho 2016

EQUIPE EDITORIAL

Editora Chefe: Me. Elenilda Farias de Oliveira, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Fabiano Leichsenring Silva, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Dayse Rosa Mota Pinto, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves, Núcleo de Tecnologias Educacionais -
Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Bibliotecário Uariton Boaventura, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas, Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes
Minas Gerais, Brasil

Me. Izabela Ferraz, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Me. Karla Ferraz dos Anjos, Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Quessia Paz Rodrigues, Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Samylla Maira Costa Siqueira, Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Vanessa Cruz Santos, Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Dr. Maria Rita Sousa Barbosa, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil.

Sr. Samylla Maira Costa Siqueira, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil

DIAGRAMAÇÃO

Kézia F. Campos

WEBSITE

<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF>

Sumário

Volume 1

Número 2
ISSN: 2358-8691

Junho 2016

MENSAGEM EDITORIAL

Samylla Maira Costa Siqueira.....4

ESPAÇO TEMÁTICO

Alimentação no Transtorno do Espectro Autístico

Izabela Gelisk, Roberta Barone, Camilla Almeida,

Leandro Ricardo Baqueiro, Izabela Ferraz.....5

ARTIGOS

Os Benefícios do Processo de Acreditação Hospitalar para o Trabalho da Equipe De Enfermagem

Ivone Gonçalves Souza, Aline Ferreira da Silva Almeida, Viviane Silva de Jesus,

Samylla Maira Costa Siqueira.....7

Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva:
Uma Revisão Sistemática

Jeisa Riane Guedes França, Brendo Vitor Nogueira Sousa, Viviane Silva de Jesus.....16

Extensão Universitária como Espaço de Vivência Interdisciplinar do Cuidado em Saúde

Carolina Larrosa Almeida, Ana Joyce Araújo Silva, Hugo Bernardino Ferreira da Silva.....32

Hipertensão Arterial: Conhecimento de Jovens Quilombolas

Thais de Andrade Alves, Brendo Vitor Nogueira Sousa, Viviane Silva de Jesus, Climene Laura de Camargo.....39

Prevalência e Fatores Relacionados à Queda em Idosos

Lilian Carvalho Dutra, Samira de Jesus Pereira Melo, Lilian Britto Silva, Djeine Silveira Wagmacker.....50

DIRETRIZES PARA AUTORES.....60

EDITORIAL
REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL

Gestão, Cuidado e Diversidade Étnico-Racial em Saúde

Prezado(a) leitor(a),

Inicialmente, compartilhamos com você uma significativa conquista do nosso periódico: a Revista Brasileira de Saúde Funcional (REBRASF) agora está indexada no portal Latindex. Essa indexação reflete o esforço empreendido pelo corpo editorial e administrativo da revista e representa um importante avanço para a visibilidade dos trabalhos por nós publicados.

Esta é a sexta edição da nossa revista. Neste volume, que tem como temática central “Gestão, Cuidado e Diversidade Étnico-Racial em Saúde”, publicamos mais cinco artigos que abordam desde a gestão em saúde até os aspectos assistenciais, com ênfase nas atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e valorização dos saberes do senso comum no processo do autocuidado, com suporte na diversidade étnico-racial, tão presente em nosso cotidiano.

Na temática gestão, apresentamos o artigo “Os benefícios do Processo de Acreditação Hospitalar para o Trabalho da Equipe de Enfermagem”. Ainda como contribuição para a área da Enfermagem e sob um ponto de vista preventivo, a revista traz o trabalho “Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática”. Sob uma ótica de promoção da saúde e valorização dos saberes populares, são expostos os resultados dos estudos “Extensão universitária como espaço de vivência interdisciplinar no cuidado em saúde” e “Hipertensão arterial: o saber de jovens quilombolas” e, por fim, o artigo “Prevalência e Fatores Relacionados à Queda em Idosos”, que apresenta as principais etiologias para esse evento entre as pessoas da terceira idade, o que pode permitir o planejamento de um cuidado sem danos.

Nosso corpo editorial sente-se privilegiado por receber você, leitor, em nossas páginas. Em nossos próximos números, ensinamos a publicação de um artigo de sua autoria. Desejo a todos uma boa leitura!

SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

ALIMENTAÇÃO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTÍSTICO

Izabela Gelisk¹, Roberta Barone², Camilla Almeida³, Leandro Ricardo Baqueiro⁴, Izabela Ferraz⁵

1 Graduada do Curso de Nutrição da Faculdade Regional da Bahia, estagiária Centro Educacional Pestalozzi em Salvador- BA

2 Nutricionista, Professora da Faculdade Regional da Bahia, Doutoranda em Medicina e Saúde Pública

3 Nutricionista, Professora da Faculdade Regional da Bahia, Mestre em Alimentos Nutrição e Saúde

4 Diretor do Centro Educacional Pestalozzi em Salvador- BA

5 Nutricionista, Doutoranda em Medicina e Saúde Pública, Coordenadora do Projeto Avaliação Nutricional de Alunos com Síndrome Autista do Centro Educacional Pestalozzi em Salvador- BA, em Parceria com a Faculdade Regional da Bahia

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno autístico; Dietoterapia; Avaliação nutricional.

O autismo é um dos mais conhecidos entre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). É identificado principalmente pelo início precoce de atrasos e desvios no desenvolvimento das habilidades sociais, comunicativas e cognitivas, sendo, portanto, uma síndrome comportamental definida.^[1]

As causas ainda não estão claramente identificadas. Sabe-se que ocorre independente da etnia, origem geográfica, situação socioeconômica e que algumas características podem estar presentes ou não, com intensidade e gravidade diferentes em cada caso.^[2]

Alguns estereótipos são comumente percebidos nos portadores de Transtorno do Espectro Autista (TEA), como a falha evolução da linguagem, movimentos idiossincráticos e isolamento social.^[3] Além disso, estudos sugerem que há associação desse atraso no desenvolvimento com desordens gastrointestinais, como a diminuída produção de enzimas digestivas, inflamações da parede intestinal e a permeabilidade intestinal alterada, principalmente em crianças^[4, 5, 6]

Teorias como a do excesso de peptídeos opioides derivados do trigo e leite são mais investigadas atualmente, pois, segundo evidências, tais substâncias apresentam a capacidade ampliadora do comportamento de indivíduos autistas.^[7]

A patogênese no TEA está associada, entre outros fatores, a um aumento da permeabilidade seletiva intestinal.^[3] O leite e o trigo possuem proteínas (respectivamente, a caseína e glúten) em sua composição que, ao não serem devidamente digeridas, apresentam propriedades opioides. Tais compostos são capazes de atravessar a parede intestinal e alcançar, através da corrente sanguínea e barreira hematoencefálica, o sistema nervoso central, agravando as principais características desse transtorno: hiperatividade, irritabilidade, dificuldade na interação da comunicação e sociabilidade.^[8] O mecanismo que permite tal sobrecarga dessas substâncias opioides ainda é desconhecido.^[7]

Além disso, indivíduos com TEA podem apresentar um desequilíbrio da resposta imunológica, causado principalmente por alterações genéticas em sua mucosa intestinal, já que está diretamente associada ao sistema imune. Tal fato justifica a elevada ocorrência de patologias alérgicas em autistas, bem como casos recorrentes de diarreia, flatulência, constipação e outras disfunções gastrointestinais.^[7 e 8]

A absorção de calorias e macronutrientes, segundo estudos, parece não ser comprometida no TEA, no entanto, há evidências de deficiências absorptivas de certos micronutrientes fundamentais para o desenvolvimento, como vitamina A, D, K, B12, cálcio e zinco, quando comparados com as recomendações diárias.^[9]

É possível identificar alguns aspectos comportamentais que estão mais comumente

envolvidos na alimentação desses indivíduos, incluindo três principais: seletividade, recusa e indisciplina. Por apresentarem tais padrões alimentares mais exacerbados e estilo de vida diferente de outras crianças não autistas, o crescimento corporal e estado nutricional, na maioria dos casos, também são comprometidos.^[1]

Por todo o exposto, sugere-se que a avaliação nutricional, assim como o hábito alimentar das crianças autistas, sejam analisados cuidadosamente, a fim de minimizarmos possíveis carências nutricionais e os sintomas apresentados.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho J et al. Nutrição e autismo: considerações sobre a alimentação do autista. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.5, n.1, Pub.1, Janeiro: 2012.
2. Klin A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. Rev. Bras. Psiquiatria. Nº 28, EUA: 2006. p. 3 – 11.
3. Lázaro CP; Pondé MP; Rodrigues LE. A. Opioid peptides and gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorders. Rev. Bras. Psiquiatria. Nº 38, Salvador: 2016. p. 243 – 246.
4. Ibrahim SH.; et al. Incidence of Gastrointestinal Symptoms in Children: A Population-Based Study. National Institute of Health. EUA: Agosto, 2009. p. 680 - 686.
5. Frye RE.; Rose S; Slattery J; Macfabe DF. Gastrointestinal dysfunction in autism spectrum disorder: the role of the mitochondria and the enteric microbiome. Microbial Ecology in Health & Diseases. Nº 26, EUA: 2015.
6. McElhanon BO. McCracken C.; Karpen S.; Sharp, WG. Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. American Academy of Pediatrics. EUA: Fev. de 2014.
7. Silva NI. Relação entre hábito alimentar e síndrome do espectro autista. Universidade de São Paulo. Piracicaba, 2011. 132 p.
8. Higuera MC. Tratamientos Biológicos del Autismo y Dietas de Eliminación. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 81. Nº 3. Universidade do Chile: 2010. p. 204-214
9. Graf-myles J.; et al. Dietary Adequacy of Children with Autism Compared to Controls and the Impact of Restricted Diet. J. Dev. Behavior Pediatrics. Nº 24. Setembro de 2014.

OS BENEFÍCIOS DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR PARA O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

THE BENEFITS OF HOSPITAL ACCREDITATION FOR NURSING STAFF

IVONE GONÇALVES SOUZA¹, ALINE FERREIRA DA SILVA ALMEIDA¹, VIVIANE SILVA DE JESUS²,
SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA³

1 – Acadêmicas de Enfermagem da Faculdade São Salvador, ivonegoncalvessouza@gmail.com

2 – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública - Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.

3 – Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Professora do Centro Universitário Jorge Amado e Faculdade São Salvador.

RESUMO: O objetivo é identificar os benefícios do processo de acreditação hospitalar para a equipe de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em maio de 2015 no banco de dados SciELO, de onde foram selecionados cinco artigos. O processo de acreditação hospitalar traz benefícios para a equipe de enfermagem, os quais afetam tanto aos trabalhadores da assistência como os da gestão. Aumento da autoestima profissional, fortalecimento do trabalho em equipe, crescimento profissional e aperfeiçoamento da função de gestor foram alguns dos bônus destacados neste estudo. Concluímos que a acreditação hospitalar resulta em uma soma de benefícios que possibilitam a oferta de uma assistência de qualidade ao cliente, além da valorização do trabalho de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação hospitalar; Enfermagem; Gestão da qualidade.

ABSTRACT: The purpose is to identify the benefits of the hospital accreditation process for nursing staff. It's an integrative review conducted in May 2015 in Scielo database, from were selected five articles. The hospital accreditation provide benefits for nursing staff and these affect both workers assistance as management. Increased professional self-esteem, strengthening teamwork, professional development and improvement manager function were some of the bonus highlighted in this study. We conclude that hospital accreditation results in a sum of benefits that enable the provision of quality care to the client, in addition to the valuation of nursing work.

KEYWORDS: Hospital accreditation, Nursing, Quality management.

INTRODUÇÃO

Em meio à competitividade do mercado empresarial e às exigências dos clientes, a qualidade do serviço prestado tornou-se um requisito indispensável em todas as áreas comerciais, principalmente para as empresas com prestação de serviços médico-hospitalares. A excelência do atendimento hospitalar é imprescindível, visto que os pacientes buscam a reabilitação da saúde mediante a qualidade da assistência prestada^[1].

Dentro desse cenário de competitividade e crescimento, os gestores hospitalares precisam de instrumentos e equipes adequadas para administrar os recursos utilizados nas atividades operacionais e, principalmente, na qualidade das mesmas^[2]. Para alcançar a qualificação, muitas instituições de saúde buscam se adequar a um processo conhecido como acreditação hospitalar, que é definido como um sistema de avaliação e certificação de caráter voluntário, periódico e reservado^[3].

Em 1999, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental que avalia a qualidade do serviço de saúde prestado, tendo como foco a segurança do paciente. Com o intuito de aprimorar a gestão e o cuidado assistencial engendrado nas instituições de saúde, a ONA desenvolveu seu método de avaliação a partir da revisão de modelos de acreditação regionais já existentes, adotados na América Latina e em países como EUA, Canadá, Espanha e Inglaterra^[3,4].

O processo de certificação da ONA é realizado por instituições acreditadoras credenciadas e tem como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação. A instituição de saúde é avaliada por meio de uma auditoria e classificada a partir de títulos de certificação, que designam as instituições avaliadas em três níveis diferentes: acreditado (nível 1), acreditado pleno (nível 2) e acreditado com excelência (nível 3), podendo também a instituição não receber nenhum destes conceitos (não acreditada)^[3,5].

A conclusão do processo ocorre após a emissão, pela instituição acreditadora, do relatório de avaliação e da entrega do parecer final à instituição prestadora de serviços de saúde, que receberá o Certificado de Organização Acreditada, o qual terá validade de dois anos para o nível 1 (Acreditada), de dois anos para o nível 2 (Acreditada Plena) e de três anos para o nível 3 (acreditada com excelência). Quando o seu respectivo período chega ao final, a instituição deve ser submetida a uma nova avaliação para assegurar o padrão de qualidade na sua prática assistencial^[6].

Para alcançar a qualidade necessária à assistência aos pacientes, as instituições de saúde com maior estrutura criam núcleos de auditoria interna, neste caso, núcleos de auditoria de qualidade. Esses núcleos possuem o intuito de monitorar de forma eficaz e contínua todos os processos operacionais, medindo os custos, proveitos e garantindo a produtividade, a qualidade e a sustentabilidade da instituição^[1].

No contexto de composição dessas equipes, destaca-se a presença de diferentes profissionais, aí incluídos os enfermeiros, visto que estes são apontados na literatura pelas suas habilidades, competências na área de gestão e capacidade para assumir cargos de natureza administrativa e auditora relacionada à saúde e à instituição hospitalar, sendo fundamental, portanto, a presença e o envolvimento desses profissionais para o êxito do programa de acreditação^[7,6].

Para a enfermagem, o processo de acreditação tem grande valor, visto que há uma padronização dos processos assistenciais e administrativos da área, que facilita e norteia a equipe no momento de realização de procedimentos operacionais padrão, além da melhoria da comunicação interna, dos treinamentos para aprimoramento contínuo, da valorização dos profissionais e da humanização no processo do cuidar.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar os benefícios do processo de acreditação hospitalar para a equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

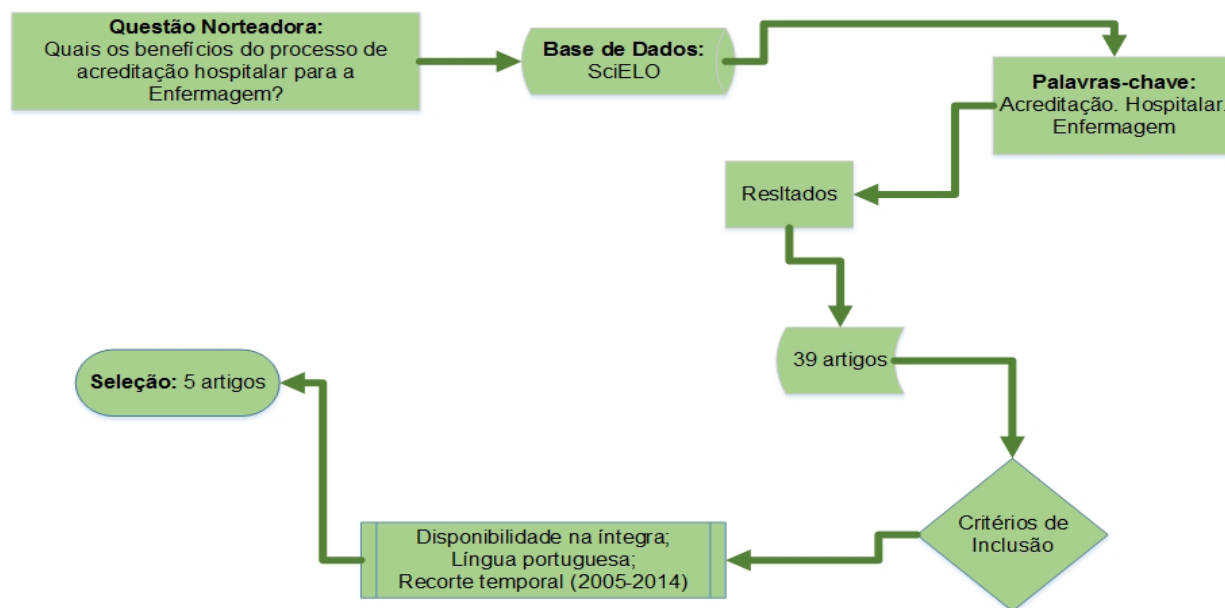
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada de abril a julho de 2015.

A busca ocorreu em maio/2015 na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se os seguintes descritores, extraídos do “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS): acreditação hospitalar e enfermagem. Para a busca, foi utilizado individualmente o descritor acreditação hospitalar e, depois, a pesquisa foi realizada a partir do operador booleano “AND”. Além dos descritores supracitados, foi utilizado também o seguinte indexador: “enfermagem na qualidade assistencial”.

Foram identificados 39 artigos, filtrados a partir dos seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no idioma português, com disponibilidade de texto na íntegra e no recorte temporal de 10 anos (2005 a 2014).

A partir do filtro pelos critérios supracitados, foram excluídos 34 artigos: 17 por serem repetidos e 17 por não responderem ao objetivo deste trabalho. Ao final, foram selecionados 5 estudos. O processo de seleção dos materiais encontra-se representado na Figura 1.

FIGURA 1: Fluxograma de seleção dos estudos. Brasil, 2015.



FONTE: Elaborado pelos autores

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta as informações dos estudos selecionados quanto aos autores, periódico e ano de publicação, tipo, objetivo do trabalho e seus principais resultados.

QUADRO 1: Artigos selecionados para a construção deste estudo. Brasil, 2015.

	AUTOR	PERIÓDICO /ANO	TIPO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
I	FRANCO, JN; BARROS, BPA; VAIDOTAS, M; D'INNOCEZO, M.	Revista Brasileira de Enfermagem 2010	Estudo descritivo-exploratório	Diagnosticar a percepção dos enfermeiros de um hospital privado sobre os processos de qualidade em enfermagem aplicados à melhoria da assistência	*Melhoria assistencial por meio da utilização de ferramentas e indicadores de qualidade.
II	MANZO, BF; BRITO, MJM; CORRÊA, AR.	Revista Escola de Enfermagem da USP; 2012 ^a	Estudo de caso	Analisar as implicações do processo de Acreditação no cotidiano dos profissionais de saúde	*Oportunidade de crescimento do profissional; * Desenvolvimento da capacidade crítica dos autores envolvidos no processo; *Aumento da autoestima profissional; * Treinamentos; * Investimento em educação permanente; * Melhor preparo para atender o paciente.
III	MANZO, BF; RIBEIRO, H.C.T.C.; BRITO, M.J.M.; ALVES, M.	Revista Latino – Americana de Enfermagem; 2012b	PESQUISA QUALITATIVA	Conhecer a atuação e as influências da enfermagem no processo de acreditação hospitalar	* O processo de acreditação se configura como uma possibilidade de crescimento; * Valorização do curriculum; * A acreditação favorece o desenvolvimento da capacidade crítica dos envolvidos; * Treinamentos; * Segurança profissional para atender os pacientes; *Sentimento de orgulho e valorização do profissional; *Trabalho em equipe.

FONTE: Elaborado pelos autores.

O processo de acreditação não é simples, mas é de grande significância para uma instituição de saúde, colaboradores e usuários do serviço, pois os seus resultados podem fomentar mais assertividade na tomada de decisões, bem como contribuir na elaboração de estratégias para a implantação e monitoramento desse sistema^[8]. Os principais motivos para a busca da acreditação se relacionam à oportunidade de crescimento pessoal e profissional, à maior estabilidade da organização, à sobrevivência da instituição, ao reconhecimento da organização e de seus profissionais, ao estímulo à melhoria contínua dos processos e da assistência ao cliente, ao fortalecimento da confiança da sociedade e ao orgulho de se trabalhar em uma instituição acreditada^[6].

Para adquirir uma titulação é imprescindível a dedicação, motivação e colaboração da equipe assistencial do serviço de saúde, uma vez que a acreditação hospitalar é influenciada pelo nível de motivação e envolvimento desses profissionais, ao mesmo tempo em que influencia de forma significativa o contexto de trabalho nessas instituições^[9].

Embasado nos aspectos da estrutura, processo e resultado, o processo de acreditação surge como uma possibilidade de contribuir com a excelência no serviço de enfermagem^[10]. Assim sendo, os

benefícios oriundos do processo de acreditação hospitalar para essa categoria são muitos e atingem tanto os profissionais que estão na assistência como aqueles que realizam atividades de gestão. Dentre estes, estudos^[11,12,6] destacam o aumento da autoestima profissional, que é observado quando a instituição recebe a certificação, pois os profissionais de enfermagem desenvolvem um sentimento de orgulho e satisfação que estão diretamente associados ao resultado da conquista, bem como à valorização da instituição de trabalho em que atuam, gerando um sentimento de motivação.

Os fatores motivacionais contribuem tanto para a qualidade de vida das pessoas quanto para o aperfeiçoamento dos serviços por elas prestados, sendo apontados como a força que impulsiona os interesses de ambas as partes: organização e indivíduo^[13]. A motivação deriva de razões internas e externas. As primeiras se relacionam às características da própria pessoa, como habilidades e aptidões, ao passo que as últimas têm a ver com o ambiente de trabalho, sendo traduzidas como incentivos por determinada tarefa alcançada^[14]. No caso da acreditação hospitalar, quando a instituição de saúde adquire a titulação, tanto para a enfermagem como para outras categorias profissionais, há um incremento da melhoria das condições de trabalho, estabelecendo um ambiente laboral mais prazeroso e favorecendo a relação de crescimento, entusiasmo e prazer dos funcionários, gerando motivação^[9].

O fortalecimento do trabalho em equipe foi outro benefício destacado em alguns estudos^[11,12,15] sobre esta temática. A acreditação exige uma potencialização do trabalho em equipe, que é um grande desafio devido à diversidade de pessoas e ideias diante de um processo de trabalho comum^[15]. O processo de acreditação hospitalar estabiliza o clima organizacional entre os profissionais de saúde, visto que este favorece a existência de um ambiente de trabalho mais prazeroso e propício para fortalecimento das relações humanas^[11].

Pode-se dizer que a acreditação favorece a união entre os diversos profissionais envolvidos no processo assistencial, pois trabalharão de forma conjunta, tendo como foco principal a qualidade e segurança no cuidado ao paciente, fazendo cumprir os princípios da acreditação hospitalar. Para tal, é necessário que a instituição dê ferramentas de trabalho e um ambiente favorável ao desenvolvimento destas funções. Nesse contexto, temos como benefícios da acreditação, o fortalecimento das relações interpessoais, a melhoria das condições de trabalho e a motivação do colaborador.

Outra vantagem advinda do processo de certificação da instituição se refere ao treinamento e educação continuada da equipe de enfermagem, favorecendo o crescimento profissional^[12,9,11]. A capacitação dos profissionais é uma importante atuação do enfermeiro, que surgiu juntamente com o processo de acreditação como uma estratégia de reforma dos processos para a busca contínua de melhoria e qualidade^[11].

A instituição hospitalar envolvida nessa iniciativa deve capacitar os seus colaboradores quanto aos conceitos, valores, requisitos e diretrizes da acreditação^[16]. Convém dizer que, conforme apontado em um estudo^[10] realizado com o intuito de compreender o significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público do interior paulista, foi demonstrado que o processo de acreditação hospitalar desenvolve a liderança do enfermeiro, incentiva à busca de novos conhecimentos e estimula a trabalhar com base em indicadores assistenciais, gerenciais e protocolos, proporcionando o desenvolvimento científico do profissional.

Nesse contexto, pode-se destacar a existência de estratégias de educação permanente como um produto desse processo. Assim, a acreditação pode representar importante estratégia de capacitação de

pessoal no âmbito hospitalar, considerando-se a constante necessidade de investimentos em educação permanente para a viabilização das mudanças nos processos internos e externos da organização, a fim de responder às demandas advindas dos protocolos de certificação e, simultaneamente, dos profissionais de saúde^[9].

Para obter a certificação da ONA, a instituição hospitalar precisa atuar de acordo às normas institucionais, cumprindo os procedimentos operacionais padrões (POP) na execução dos serviços e investindo de forma incisiva e contínua em treinamentos e cursos de aperfeiçoamento. Os itinerários clínicos, normas, regulamentos e documentos técnicos são criados para semelhar atividades que podem ser padronizadas, e a acreditação hospitalar influencia bastante esse tipo de padronização^[12].

Com essa padronização, outros benefícios são associados ao processo de acreditação hospitalar, como a uniformização de processos^[12] e a melhoria da assistência ao cliente^[17,9,11,12], visto que a enfermagem sente-se melhor preparada para atuar assistencialmente, já que são ofertados recursos materiais, técnicos e humanos mais qualificados, devido à padronização de rotinas e maior organização. Essa assertiva é corroborada por outro estudo^[9], o qual destaca que as atividades são executadas de forma tranquila e segura e são atendidas satisfatoriamente as necessidades dos clientes.

Para o controle de qualidade são realizadas atividades de avaliação, monitoramento ou regulamentação dos serviços fornecidos aos clientes. No que concerne ao trabalho da equipe de enfermagem, o objetivo desse controle é assegurar que o cuidado prestado ao paciente seja de qualidade, ao mesmo tempo em que a equipe assistencial e o hospital consigam alcançar suas metas e indicadores^[18]. Para tanto, dentre outros recursos, são analisados os registros de enfermagem, que são uma importante evidência do cuidado, sendo necessária a existência de uma interface entre o processo de acreditação e o processo de enfermagem^[19].

Além dos benefícios já citados, pode-se associar ao processo de acreditação hospitalar a melhoria da comunicação entre os profissionais. Com a acreditação, as instituições de saúde aperfeiçoam o processo de linguagem e comunicação, de forma que a mensagem chegue a todos os envolvidos de forma linear. Autores^[20] revelam que as informações muitas vezes são segmentadas, não chegando de forma completa a todos os funcionários, e em algumas situações não há quem se disponha a conduzir a troca de informações ou de conhecimento.

A comunicação organizacional é importante para o sucesso do trabalho e a equalização da informação; a capacidade de conseguir se comunicar e alcançar o envio da mensagem correta do locutor para o ouvinte ajuda a equipe da assistência a se comunicar não só entre os colegas, mas principalmente com o paciente e familiar.

Dentre os benefícios concernentes à gestão, estudos^[15,12] apontam o aperfeiçoamento da função de gestor do enfermeiro, além da identificação da posição estratégica deste profissional^[15] devido a sua participação na implantação e manutenção da acreditação de uma instituição, fatores que favorecem a melhoria da capacidade crítica^[9,11] e gerencial^[15] do enfermeiro, interferindo positivamente na sua função gestora, com reflexos na assistência de enfermagem.

O incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão é considerado necessário na oferta de uma assistência de qualidade, visto que, por ser considerado um sistema complexo em que as estruturas e os processos são interligados, o funcionamento de um componente da organização hospitalar interfere em todo o conjunto e também no resultado final. Assim, todo o hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão^[6].

Autores^[17] demonstram que os gestores devem optar por sistemas de avaliação e indicadores de desempenho que os apoiem na administração dos serviços e propiciem tomar decisões com o menor grau de incerteza. Nesse contexto, as atividades desempenhadas pelo enfermeiro gestor são complexas e requerem preparo profissional. Quando na gestão, o enfermeiro colabora com a criação de POP, desenvolve indicadores do processo assistencial, planeja, implementa, avalia ações e participa de decisões gerenciais. O desempenho dessas atribuições requer segurança, conhecimento e criticidade, aspectos que são aperfeiçoados pela existência de indicadores de qualidade propostos pela acreditação e que servem como instrumentos, para que o gestor analise os processos e tome decisões de forma respaldada e criteriosa.

Diante do exposto, pode-se dizer que o processo de acreditação potencializa o trabalho da equipe de enfermagem em todos os seus aspectos, já que as atividades gerenciais, assistenciais e educacionais são afetadas dentro de uma perspectiva processual e indissociável, favorecendo o desenvolvimento dos profissionais e, no caso dos enfermeiros, maior visibilidade dentro da instituição, devido a sua maior autonomia e poder de participação nas decisões nos níveis estratégicos, o que traz como benefício a valorização do currículo profissional^[15,11].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de acreditação consiste num sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde que necessita da colaboração dos profissionais de enfermagem, ao mesmo tempo em que traz inúmeros benefícios para os mesmos, destacando positivamente a imagem desta equipe dentro da instituição.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a acreditação traz benefícios tanto para os profissionais que atuam na assistência, como para aqueles que exercem atividades de gestão. Os benefícios destacados foram: o aumento da autoestima profissional e motivação para o serviço; o fortalecimento do trabalho em equipe; crescimento profissional a partir de atividades de educação continuada; melhoria da comunicação entre os trabalhadores; desenvolvimento de indicadores de qualidade; aprimoramento da capacidade crítica e gerencial do enfermeiro, além do aperfeiçoamento da função de gestor, dando-lhe maior autonomia e participação nas tomadas de decisão dentro da instituição. A soma de todos esses fatores resulta na oferta de um cuidado qualificado ao cliente – principal foco da equipe de enfermagem – e tem como consequência a valorização do trabalho destes profissionais.

Diante da relevância do processo de acreditação hospitalar para a equipe de enfermagem atestada neste artigo, a expectativa é que novas pesquisas sejam realizadas acerca desse objeto de estudo. Sugerimos que em trabalhos posteriores sejam exploradas as ações desempenhadas pelos trabalhadores da enfermagem no processo de acreditação de determinada instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Motta ALC; Leão E; Zagatto JR. Auditoria Médica no Sistema Privado: abordagem prática para organizações de saúde. São Paulo: Iátria, 2005.
2. Matos AJ. Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão. São Paulo: Editora STS, 2002.
3. Organização Nacional de Acreditação (ONA). Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília, 2014.
4. Organização Nacional de Acreditação (ONA). A história da acreditação e da ONA. [acesso em 10 mai 2015]. Disponível em: <http://www.ona.gov.br>
5. Organização Nacional de Acreditação (ONA) [Internet]. Brasília: [update 2012 jul 05, cited 2012 jul 05]. Diretrizes do sistema e do processo de acreditação: normas técnicas e orientadoras - NO1 - Manual da Organização Nacional de Acreditação. Available from: <http://www.ona.org.br/>
6. Matos SS; Morais RM; Neumann VN; Silva VC; Silva CT; Alves M. Um olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. REME – Rev. Min. Enf. 2006;10(4):418-24.
7. Fontinele Júnior K. Administração Hospitalar. Goiânia: AB, 2002.
8. Oliveira JLC; Matsuda LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. Esc Anna Nery 2016;20(1):63-9.
9. Manzo BF; Brito MJM; Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2): 388-94.
10. Maziero VG; Spiri WC. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013; 15(1): 121-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14757>
11. Manzo BF; Ribeiro HCTC; Brito MJM; Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012; 20(1):151-58. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_20.pdf.
12. Schiesari LMC. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? Ciênc. Saúde Coletiva 2014; 19(10): 4229-34.
13. Pedroso DOO; França NS; Oliveira SS; Osawa JLT. Importância da Motivação dentro das Organizações. Revista Ampla de Gestão Empresarial 2012; 1(1): 60-76.

14. Maximiano AC. Introdução à administração. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
15. Siman AG; Brito MJM; Carrasco MEL. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(2):93-9.
16. Alástico GP; Toledo JC. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. Gestão e Produção, 2013; 20(4): 815-31.
17. Franco JN; Barros BPA; Vaidotas M; D'innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. Rev. Bras. Enferm. 2010; 63(5): 806-10.
18. Marquis BL; Huston CJ. Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
19. Lucena AF. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. Revista Gaúcha de Enfermagem 2013; 34(4): 8-9.
20. Manzo BF; Brito MJM; Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, 2013; 66(1): 46-51.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

NURSING CARE IN THE PREVENTION OF PRESSURE INJURIES IN INTENSIVE CARE UNITS: A SYSTEMATIC REVIEW

JEISA RIANE GUEDES FRANÇA¹, BRENDÓ VITOR NOGUEIRA SOUSA², VIVIANE SILVA DE JESUS³

1 – *Enfermeira graduada pela Faculdade Adventista da Bahia.*

2 – *Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia. bren dovitor@hotmail.com*

3 – *Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública - Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.*

RESUMO: Objetivou-se analisar, através da revisão sistemática, as principais práticas assistenciais de enfermagem para a prevenção de lesões por pressão em Unidades de Terapia Intensiva. Estudo descritivo na modalidade de revisão sistemática, realizado com artigos originais disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e regionalização brasileira, publicados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de 2003 a 2015 com os seguintes descritores: úlcera por pressão, avaliação de risco e assistência de enfermagem. Encontrados 63 artigos, dos quais, 18 estão nesta pesquisa. Os resultados foram classificados por área temática que abrangeu: gênero, fatores de risco, medidas preventivas e localização anatômica mais afetada. Evidenciou-se que o gênero masculino apresentou uma incidência maior para o risco de desenvolvimento de lesões por pressão, embora não existam dados na literatura que justifiquem essa estatística. Os principais fatores de risco mencionados foram idade, portadores de doenças cardiovasculares e do sistema nervoso e incontinência anal/vesical. As medidas preventivas de maior relevância estão relacionadas à utilização da escala de Braden, mudança de decúbito, uso de colchão piramidal e coxins com o intuito de minimizar a fricção e o cisalhamento. As localizações anatômicas mais citadas foram região sacra e calcâneo. A identificação de tais fatores é de extrema importância para a prática, pois proporciona um conhecimento de grande relevância em âmbito hospitalar, visto que as lesões por pressão constituem um potencial problema, devido à longa permanência dos pacientes e pelo grau de complexidade que os mesmos apresentam, ficando vulneráveis a diversos fatores que podem alterar a integridade da pele, porém muitas vezes essas lesões podem ser evitadas pela equipe de enfermagem com a utilização das medidas citadas.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera por pressão; Cuidados de enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: The objective was to analyze through systematic review the main assistance practices of nursing in prevention of pressure injures in intensive care units. This is a descriptive study in systematic review carried out with original articles available in full, in Portuguese and Brazilian regionalization published in databases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American literature in Health Sciences (LILACS) and Virtual Health Library (VHL) from 2003 to 2015 with the following keywords: pressure ulcer, risk assessment and nursing care. 63 articles were found and 18 were inserted in this research. The results were classified by subject area which covered gender, risk factors, preventive measures and most affected anatomical location. It was evidenced that the male presented a higher incidence for the risk of developing pressure injures, however there are not data in the

literature that justifies this statistic. The main risk factors mentioned were age, cardiovascular diseases and of the nervous system and anal/urinary incontinence. The preventive measures of greater relevance are related to the use of the Braden scale, change of decubitus, use of pyramidal mattress and cushions to minimize friction and shearing. The most cited anatomical locations were the sacral region and calcaneus. The identification of such factors is important to the practice, because it provides a relevant knowledge in the hospital, since the pressure injuries constitute a potential problem, due the long stay of the patients and the degree of complexity of them, becoming vulnerable to several factors that may alter the skin integrity, but often these injuries can be avoided by nursing staff with the use of the cited measures.

KEYWORDS: Pressure ulcer, Nursing care, Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão representam um problema de saúde pública, sendo apontada como um indicador de qualidade (negativa) da assistência, necessitando de maior investigação, com finalidade de determinar fatores preventivos em âmbito nacional, o que representa um desafio constante para pacientes, profissionais e instituições, tanto pela elevada incidência, como pelas consequências geradas. Estas lesões são caracterizadas por um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, resultante da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento.^[1-3]

A terminologia “úlceras por pressão” foi alterada pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) para “lesões por pressão”, pois esta nova expressão descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele íntegra como na ulcerada. A mudança correu não apenas na terminologia, como foram realizadas atualizações da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação; todas essas mudanças foram apresentadas em uma reunião de consenso realizada em Chicago, no mês de abril de 2016 com mais de 400 profissionais^[3].

As novas definições incluem: lesão por pressão, lesão por pressão estágio 1 (pele íntegra com eritema que não embranquece), lesão por pressão estágio 2 (perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme), lesão por pressão estágio 3 (perda da pele em sua espessura total), lesão por pressão estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular), lesão por pressão não classificável (perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível), lesão tissular profunda (descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece). Também foram incluídas algumas definições adicionais, como: lesão por pressão relacionada a dispositivo médico e lesão por pressão em membranas mucosas. Assim, percebe-se que foram categorizadas para indicar a extensão do dano tissular e que tais estágios foram revisados com base nos questionamentos recebidos pelo NPUAP dos profissionais que tentavam diagnosticar e identificar o estágio das lesões^[3].

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades complexas, destinadas ao atendimento de pacientes críticos, sendo esses portadores de condições clínicas graves^[4]. Dentro das UTIs, pode-se observar a prevalência de casos de lesões por pressão, sendo sua etiologia multifatorial, incluídos fatores intrínsecos, como: idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, perfusão tecidual, condições de mobilidade e nível de consciência; e extrínsecos, como: cisalhamento, fricção, umidade e pressão, sendo esta a causa principal do desenvolvimento da lesão^[2, 4].

Diante do exposto, reconhecendo o potencial problema das lesões por pressão em pacientes acamados, susceptíveis a diversos tipos de infecções, torna-se essencial a identificação dos cuidados que podem ser realizados para prevenção desse agravo nas UTIs. Sendo assim, a enfermagem um papel fundamental nesse processo, pois está diretamente ligada ao paciente, podendo proporcionar diversas intervenções ao indivíduo em situação de risco. Assim este estudo tem como objetivo analisar através da revisão sistemática as principais práticas assistenciais de enfermagem para a prevenção de lesões por pressão em Unidades de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem mista na modalidade de revisão sistemática cujo intuito é identificar o assunto central de uma revisão da literatura, de interesse para a prática, realizando a busca e extração das informações mais relevantes de acordo com os critérios que têm sido auditados e respeitados por outros^[5].

A coleta de dados foi realizada nas Bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O recorte temporal abrangeu o período compreendido entre 2003 a 2015, com os seguintes descritores: úlcera por pressão, avaliação de risco e assistência de enfermagem, totalizando 63 artigos sobre a temática. Utilizou-se como critérios de inclusão para direcionar ainda mais a pesquisa: artigos originais disponíveis na íntegra, no idioma português e de regionalização brasileira, restando apenas 18 artigos inclusos nesta pesquisa.

Após o levantamento partiu-se para análise e tratamento dos dados, que foram classificados por área temática, como: gênero predominante, fatores de risco, medidas preventivas e localização anatômica mais acometida, dando ênfase às causas e medidas preventivas. Para codificação dos dados foram criadas tabelas para melhor comparar o objetivo com os resultados obtidos nos respectivos artigos incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante os achados nos 18 artigos inclusos, os autores citaram separadamente o gênero em que há incidência das lesões por pressão foi maior, os fatores de riscos e as medidas preventivas que devem ser adotadas pelos profissionais de enfermagem em sua assistência, tornando-a de qualidade eficaz.

QUADRO 1. Autores, título, periódico e ano de publicação dos artigos revisados.

Nº	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	PERIODICO	ANO
1	SIMÃO, Carla Maria Fonseca; CALIN, Maria Helena Larcher; SANTOS, Claudia Benedita dos ^[6] .	Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão	Acta Paul Enferm.	2013
2	BORGHARDT, Andressa Tomazini; PRADO Thiago Nascimento do; ARAÚJO, Thiago Moura de; ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; BRIGUENTE, Maria Edla de Oliveira ^[7] .	Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva	Rev. Latino – Am. Enfermagem	2015
3	ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; BARROS, Sonia Maria Oliveira de ^[8] .	Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow	Acta Paul Enferm.	2007
4	GOMES, Flavia Sampaio Latini; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro; MATOZINHOS, Fernanda Penido; TEMPONI, Hanrietrotelli; MELENDEZ, Gustavo Velasquez ^[9] .	Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos	Rev. Esc. Enferm. USP.	2011
5	ARAÚJO, Thiago Moura; ARAÚJO, Márcioflávio Moura; CAETANO, Jose Lanyáfio ^[10] .	Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico	Acta Paul Enferm	2011
6	SERPA, Leticia faria; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CAMPANILI, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino; QUEIROZ, Moelisa ^[11] .	Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos	Rev. Latino- AM. Enfermagem	2011
7	ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; KURCGAN Paulina ^[12] .	Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores	Acta Paul Enferm.	2012
8	ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; KURCGANT, Paulina ^[13]	Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção	Rev. Latino-AM. Enfermagem.	2012

9	MIYAZAKI, Margareth Yuri; CALIRI, Maria Helena Larcher; SANTOS, Claudia Benedita ^[14] .	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão	Rev. Latino-AM. Enfermagem.	2010
10	BRANDÃO, Euzeli Silva; MANDELBAUM, Maria Helena Santanna ^[15] .	Um desafio no cuidado em enfermagem: Prevenir úlceras por pressão em clientes	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	2013
11	POLETTI, Nádia; BECCARIA, Lúcia; BARBOSA, Taís ^[2] .	Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem	Revista de Enfermagem, UERJ	2014
12	FENANDES, Maria; COSTA, Kátia; SANTOS, Sergio; PEREIRA, Maria; OLIVEIRA, Daniele; BRITO, Silmery ^[16] .	Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: Aplicação da Escala de Waterlow	Revista de Enfermagem, UERJ	2012
13	SILVEIRA, Stefy; SILVA, Grazielle; MOURA, Elaine; RANGEL, Elaine; SOUSA, Jairo ^[17] .	Avaliação da úlceras por pressão por meio da aplicação da escala pressure ulcers scale for healing (PUSH)	Revista de pesquisa cuidado é fundamental	2013
14	SANTOS, Cássia; OLIVEIRA, Magáli; PEREIRA, Ana; SUZUKI, Lyliam; LUCENA, Amália ^[18] .	Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: Análise de prontuário e de notificação de incidente.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2013
15	MARTINS, Dulce; SOARES, Fabiana ^[19] .	Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais.	Cogitare de Enfermagem	2008
16	ARAÚJO, Thiago; MOREIRA, Mariana; CAETANO, Joselany ^[4] .	Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos.	Revista de Enfermagem, UERJ	2011
17	ARAÚJO, Cleide; LUCENA, Sheila; SANTOS, Iolanda; SOARES, Maria ^{20]} .	A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em Úlcera por pressão	Revista de Enfermagem, UERJ	2010
18	COSTA, Idevanea ^{21]} .	Incidência de Úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2010

FONTE: Elaborado pelos autores

QUADRO 2. Objetivo, tipo de estudo e principais resultados dos artigos analisados.

Nº	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
1	Avaliar a concordância entre enfermeiras quanto à avaliação e classificação de risco dos pacientes para desenvolvimento da Úlcera por Pressão.	Descritivo exploratório com análise quantitativa.	Foram encontradas divergências de concordância entre enfermeiros assistenciais e diferença na classificação dos pacientes em níveis de risco.
2	Avaliar a acurácia das escalas de avaliação de risco de Braden e de Waterlow em pacientes críticos internados.	Coorte prospectiva	A escala de Braden apresentou-se como bom instrumento de triagem, e a de Waterlow com melhor poder preditivo. A escala de Waterlow mostrou que foi melhor para predição de pacientes em risco de úlcera por pressão. A escala de Braden não apresentou boa predição de risco do paciente desenvolver úlcera por pressão.
3	Conhecer os índices de especificidades e sensibilidade da versão adaptada à língua portuguesa da escala de Waterlow.	Estudo analítico, descritivo e prospectivo.	Os resultados demonstraram que a escala de Waterlow adaptada à língua portuguesa foi um instrumento preciso e eficaz para predizer o desenvolvimento de úlceras por pressão na população de estudo. O escore 15 demonstrou ser o melhor para predizer o desenvolvimento de úlceras por pressão, com sensibilidade e especificidade de 87% e 76%, respectivamente.
4	Analisar os fatores de risco para desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes adultos internados em CTIs.	Estudo seccional analítico.	Identificou os parâmetros de maior risco em que se encontravam os pacientes críticos nas subescalas: percepção sensorial (completamente limitada), umidade (constante, muito úmida), atividade (acamados), mobilidade (completamente imobilizados e muito limitados), nutrição (adequada), fricção e cisalhamento (problema).
5	Comparar as escalas de risco para úlcera por pressão de Norton, Braden e Waterlow entre pacientes em estado crítico.	Estudo exploratório e longitudinal	Ficou evidenciado que a escala de Norton correlaciona-se de maneira diretamente proporcional com a escala de Braden e inversamente proporcional com a escala de Waterlow. A escala de Braden correlaciona-se inversamente proporcional com a escala de Waterlow.

6	Avaliar a validade preditiva da Escala de Braden em pacientes críticos.	Metodológico secundário	O escore 13 na terceira avaliação apresentou o valor preditivo mais adequado, mostrando o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, além de excelente acurácia e melhor razão de verossimilhança, em concordância com achados de outros estudos.
7	Verificar a prevalência de úlcera por pressão nas unidades de internação de pacientes adultos do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) e verificar a concordância entre observadores na avaliação de risco, por meio da Escala de Braden.	Estudo prospectivo exploratório, com abordagem qualitativa.	A prevalência de UP no HU mostrou-se elevada (19,5%), sobretudo na UTI, local onde são admitidos os pacientes mais graves. Em relação à concordância entre os observadores na avaliação clínica dos pacientes, a percepção sensorial, atividade, mobilidade e fricção/cisalhamento apresentaram fortíssima concordância. Umidade e nutrição, baixa concordância, sugerindo que esses subescores deverão ser discutidos para verificar as causas da controvérsia.
8	Avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de úlcera por pressão, em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.	Estudo prospectivo exploratório, com abordagem quantitativa.	Os dados revelaram a diminuição acentuada de incidência de UP na instituição, após a implementação dos protocolos de avaliação de risco e de prevenção, confirmando que essas ferramentas são fundamentais e de impacto no controle da incidência de UP, quando utilizadas sistematicamente.
9	Descrever e analisar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a pacientes adultos e idosos, em um hospital universitário, sobre prevenção da úlcera por pressão.	Estudo descritivo exploratório.	Os resultados do teste, considerando o total de acertos, mostraram que tanto o conhecimento dos enfermeiros (média 79,4%) como dos auxiliares/técnicos de enfermagem (média 73,6%) foram insuficientes. Para o conhecimento ser considerado adequado, esperava-se que os participantes acertassem 90% ou mais dos itens no teste. Entretanto, identificou-se que apenas quatro auxiliares/técnicos de enfermagem (16%) e 16 enfermeiros (11,8%) acertaram 90% ou mais dos itens, destacando a necessidade de atualização da equipe quanto ao conhecimento das vidências atuais que embasam a prevenção da UP.

10	Refletir sobre a atuação de enfermagem, junto ao cliente, centrada na prevenção de úlceras por pressão.	Estudo descritivo	O desenvolvimento dessas úlceras pode ser considerado uma iatrogenia, e inclusive gerar processos e demandas judiciais, tanto para as instituições, quanto para os profissionais de saúde. Nesse contexto, destaca-se que a prevenção desse tipo de complicação é um desafio para a equipe de saúde, sendo objetivo permanente de uma enfermagem qualificada para identificar os fatores de risco apresentados pelos clientes, para planejar e implementar medidas preventivas eficazes para reduzir esses riscos ou eliminá-los.
11	Identificar os pacientes com risco de desenvolver UPP em UTI por meio da Escala de Braden e relacionar esses escores com a assistência de enfermagem preventiva	Transversal, prospectivo, pesquisa de campo.	Houve prevalência de pacientes com risco moderado e idade média de 54,35 anos. As medidas preventivas não estavam condizentes com os escores encontrados, sendo mudança de decúbito e o uso de coxins os cuidados menos encontrados. As demais medidas encontradas foram cama limpa, paciente limpo e seco, uso de colchão piramidal e pele hidratada. Foi possível observar erros nos registros, ausência de padronização dos escores, mostrando a falta de conhecimento dos profissionais sobre o assunto.
12	Mensurar o risco para UPP em idosos hospitalizados.	Exploratório, pesquisa de campo	Constatou-se que pacientes com IMC acima da média ou que eram obesos apresentam um risco maior de desenvolver UPP. Pacientes caquéticos possuem escassez de tecido em suas proeminências ósseas, estando propensos a desenvolver UPP. Apresentaram riscos aqueles com pele muito fina, seca, úmida e pegajosa, bem como aquela pele quebradiça/marcada. Aqueles com pele descolorida e com edema apresentaram risco elevado também. Também está relacionado ao desenvolvimento da UPP pacientes fumantes ou com doenças crônicas como: Diabetes, Anemia, ICC, Doença vascular periférica e Caquexia.

13	Avaliar úlceras por pressão com enfoque na aplicação da escala PUSH.	Longitudinal prospectivo	<p>Houve prevalência de pacientes do sexo feminino, com perfil clínico para neoplasia, doenças do sistema nervoso, ICC. Todos estavam usando sonda vesical de demora, incontinência anal e restrição no leito, com tempo médio de 16 a 30 dias.</p> <p>Quanto ao nível de consciência, a maioria estava inconsciente. A localização prevalente foi a região sacral, tendo úlceras em todos os estágios, sendo estágio II o mais recorrente. Trocânter e orelha estando em segundo lugar, tendo apenas estágio II; calcâneo, maléolo e isquio estando em terceiro lugar, prevalecendo também estágio II.</p>
14	Comparar os dados notificados em sistemas de indicador de qualidade assistencial de úlcera por pressão, com registros em evoluções de enfermagem nos prontuários dos pacientes.	Transversal, retrospectivo, subanálise de um projeto de pesquisa maior.	<p>Houve uma subnotificação no indicador de qualidade assistencial de UP em comparação com os registros nas evoluções de enfermagem.</p>
15	Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do tratamento e medidas preventivas da UPP.	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa	<p>Como medida preventiva, a mudança de decúbito evita a compressão prolongada e consequentemente reduz a irrigação sanguínea. A hidratação da pele com óleo pode evitar o ressecamento e a diminuição da elasticidade, fatores que resultam em fissuras e rompimento da pele. A utilização de coxim evita que as proeminências ósseas fiquem em contato direto umas com as outras. Manter o paciente seco e realizar sua higiene. Manter as roupas de cama bem organizadas/esticadas. A movimentação correta do paciente no leito evita a fricção e o cisalhamento. A alteração na nutrição, o organismo subnutrido apresenta alteração no transporte de oxigênio e diminuição de resistência à infecção. O estudo mostrou que a equipe tem conhecimento da área.</p>

16	Classificar o risco para úlcera por pressão em pacientes admitidos em UTI e Identificar os fatores de risco para UPP.	Transversal com abordagem quantitativa	Os riscos predominam em pacientes com IMC acima da média, obesos, portadores de doenças crônicas, como as cardiovasculares. A maioria dos pacientes que usam sonda vesical de demora ou eram duplamente incontinentes. As características clínicas que oferecem riscos são de pacientes com: insuficiência cardíaca, anemia ou tabagistas; os riscos dobram quando esses fatores estão associados. Outras características relevantes: pele seca, diminuição da mobilidade, desidratação, pele úmida e pegajosa.
17	Caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes com úlceras por pressão e analisá-las quanto a sua localização.	Descritivo-exploratório de campo com abordagem quantitativa.	No gênero feminino são mais prevalentes, sendo a maioria delas causadas por agentes externos, como: pressão, cisalhamento e fatores internos. Quanto à região, as mais acometidas foram: sacral, seguida de calcâneo, maléolo, joelho, crista ilíaca, cotovelo, dorsal, occipital e escapular, provocadas pela incapacidade de se movimentar.
18	Investigar a incidência de úlcera por pressão em três hospitais regionais de Mato Grosso, descrever os dados demográficos e as características das úlceras por pressão.	Quantitativo, descritivo-exploratório.	Com relação à cor e ao gênero, o estudo não mostrou diferença estatística significativa. Nos tabagistas – apesar do efeito vasoconstritor da nicotina no organismo favorecer a diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes para o tecido e o aumento da adesão de plaquetas – alguns autores afirmam que ainda é considerado um fator hipotético. O tempo de internalização mostrou uma diferença significativa. A localização anatômica mais comum foi nos calcâneos, sacrococcígea e maléolo.

FONTE: Elaborado pelos autores

TABELA 1: . Relação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, de acordo com o gênero, identificado nos artigos incluídos. Relação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, de acordo com o gênero, identificado nos artigos incluídos.

GÊNERO	*f
Masculino	09
Feminino	05
Total	14

*f = Quantidade de casos relatados nos artigos incluídos nesta revisão.

A análise dos artigos inclusos mostra uma incidência maior para o risco de desenvolvimento de lesões por pressão no gênero masculino, como mostra a Tabela 1; no entanto, não há dados na literatura que justifiquem essa estatística. Portanto, não se sabe ao certo se o gênero influencia na incidência de úlceras por pressão, necessitando assim de estudos para comprovar essa prerrogativa.

TABELA 2. Fatores de riscos para o desenvolvimento de lesões por pressão, segundo os artigos inclusos

FATORES DE RISCO	*f
Idade	09
Doenças cardiovasculares	09
Doenças do sistema nervoso	05
Incontinência anal e vesical	05
Mobilidade	04
Cor	04
Tabagismo	04
Obesidade	04
Diabetes Mellitus	04
Nutrição	03
Umidade	03
Fricção e cisalhamento	03
Pele	02
Neoplasias	02
Sonda vesical de demora	02
Diminuição do nível de consciência	02
Sepse	01
AVC	01
Ventilação mecânica	01
Drogas vasoativas	01
Tempo de internação	01

*f= Quantidade de artigos que relatam tais situações clínicas como fatores de risco.

Com relação aos fatores de riscos, os artigos inclusos mostraram-se em não conformidade com os mesmos, pois houve uma disparidade nos resultados, conforme ilustra a Tabela 2; as variáveis “idade” e “doenças cardiovasculares” obtiveram uma mesma pontuação, embora não necessariamente citada pelos mesmos autores.

A literatura aponta que os idosos compõem o grupo de maior risco para desenvolvimento de lesões por pressão, uma vez que a pele deles sofre transformações próprias do processo fisiológico de envelhecimento, pela redução na elasticidade, na textura, pela diminuição da massa muscular e da frequência de reposição celular, tornando essa pele mais frágil ^[13]. Quanto às doenças cardiovasculares, estão associadas: a obesidade, a formação do tecido adiposo que diminuirá a vascularização da superfície da pele e a diminuição da mobilidade, decorrente do sobrepeso. O aparecimento de lesões poderá ser associado ao aumento do risco desses pacientes que apresentam mobilidade diminuída, o que dificulta a realização de atividades diárias e, conseqüentemente, favorece o aparecimento dessas lesões ^[22-25].

Também foram mencionadas como fator de risco as incontinências anais e vesicais relacionadas à exposição prolongada da pele dos pacientes à umidade, decorrente das eliminações

vesicais/intestinais. Ainda sobre a umidade, as drenagens de fístulas ou feridas e transpiração excessiva podem ocasionar maceração na pele, ocasionando as lesões por pressão, por isso é necessária grande atenção da equipe de saúde para detectar, evitar ou até mesmo solucionar esse problema^[23, 26].

Pacientes acometidos por doenças neurológicas permanecem mais tempo acamados, o que diminui sua mobilidade e aumenta a predisposição a esse tipo de lesões. Pacientes com esse perfil clínico, que representa um grande número nas dependências das UTIs^[22, 23], necessitarão de uma atenção especial dos profissionais de enfermagem para realizarem suas necessidades pessoais, dentre elas a mudança de decúbito. Da mesma forma, são os pacientes que possuem o nível de consciência diminuído; eles apresentam a mesma predisposição, pois o indivíduo imóvel não é capaz de aliviar as pressões das proeminências ósseas, mantendo desse modo os fatores de intensidade e duração da pressão^[27]. Quanto à cor como fator de risco, constatou-se que a pele negra é mais resistente à agressão externa causada pela umidade e fricção. Portanto, a pele branca fica mais susceptível às lesões por pressão^[28].

O cisalhamento e a fricção são fatores significantes de risco para o desgaste e ruptura da pele. Esta é criada no momento em que as forças de duas superfícies deslizam uma contra a outra, resultando em abrasão, podendo, muitas vezes, formar bolhas. Quanto à força do cisalhamento, ocorre em consequência de mobilização ou posicionamentos incorretos que, junto com a ação da gravidade, acabam gerando força ou pressão contrária, provocando danos em tecidos mais profundos. Isso ocorre quando o paciente é mantido com a cabeceira elevada, em um ângulo acima de 30 graus, possibilitando-lhe escorregar no leito e lesar principalmente a região sacra e a coccígea^[29].

TABELA 3. Medidas de prevenção das lesões por pressão de acordo com os artigos inclusos.

MEDIDAS PREVENTIVAS	*f
Escala de Braden	11
Mudança de decúbito	09
Colchão piramidal	06
Coxins	06
Escala de Waterlow	04
Hidratação da pele	04
Roupas de cama esticadas e organizadas	04
Alimentação adequada	02
Higiene corporal	02
Movimentação correta do paciente no leito	02
Diminuição do IMC	01

*f= Quantidade de artigos que relatam tais medidas preventivas.

A avaliação do risco para lesões por pressão no paciente criticamente enfermo é o primeiro passo do programa de prevenção, pois auxiliará os enfermeiros na identificação do problema e no estabelecimento de prioridades. Observou-se uma diferença significativa nas medidas de prevenção apontadas como eficazes pelos artigos inclusos, predominando o uso da escala de Braden como principal fator preventivo. Os artigos afirmaram que tal escala permite a padronização da avaliação e da documentação do risco das lesões por pressão, apontando como medida facilitadora, pois possui uma linguagem comum, devendo esta ser compartilhada entre os profissionais para a identificação dos fatores de riscos e consequentemente, para a prescrição das medidas preventivas.

A segunda medida mais citada foi a “mudança de decúbito”, estratégia que evita a compressão prolongada e, conseqüentemente, a redução da irrigação sanguínea local, portanto deve ser feita pelo menos a cada duas horas, se não houver contraindicações relacionadas às condições de saúde do paciente. O uso do colchão piramidal e coxins foi citado pela mesma quantidade de autores.

Outra medida preventiva citada foi a escala de Waterlow que, segundo os autores, é um método de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, a eficácia e a facilidade de aplicação do instrumento são consideradas. Tais itens devem ser levados em conta, para que a equipe de enfermagem identifique corretamente quais pacientes estão em perigo de desenvolver estas lesões, evitando o uso inadequado de medidas preventivas, sendo um método primordial a ser adotado pelos enfermeiros.

A condição da pele é de extrema importância na avaliação de risco para as lesões por pressão. A pele seca pode ser um sinal de desidratação, que se caracteriza pela diminuição da água e perda de eletrólitos totais do organismo. A pele seca apresenta elasticidade diminuída, pouca tolerância ao calor, à fricção e à pressão, tornando-se susceptível à ruptura^[30]. A pele úmida e pegajosa também é considerada como fator de risco significativo para a ocorrência deste agravamento, pois a umidade em excesso torna a pele mais fragilizada e susceptível ao atrito e à maceração^[30,1]. As roupas de cama bem esticadas e organizadas foi outra medida mencionada, sendo fundamental para evitar o surgimento de lesões por pressão e para o conforto do paciente, esta medida evita que a pele do paciente fique em atrito com uma superfície em outro relevo, o que evita a formação de marcas que podem evoluir para uma ruptura de pele.

TABELA 4. Localização anatômica mais acometida pelas lesões por pressão de acordo com os artigos inclusos.

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA	*f
Sacra	08
Calcâneo	07
Maléolo	04
Glúteo	03
Trocanter	03
Ísquio	02
Cotovelo	01
Lateral do pé	01
Braço	01
Orelha	01
Face medial do joelho	01

*f= Quantidade de artigos que relatam tais localizações anatômicas.

A Tabela 4 traz um significado relevante quanto à localização anatômica mais vulnerável a desenvolver as lesões por pressão nos pacientes acamados das UTIs, pois apresenta uma incidência maior nas regiões sacra e calcâneo, o que indica que os pacientes ficam mais na posição dorsal e que a equipe não usa coxins nas proeminências ósseas. A posição dorsal potencializa as forças de fricção e cisalhamento nos pacientes que permanecem muito tempo com a cabeceira levantada, escorregando para a parte baixa do leito, e por reposição, a pele é friccionada sobre a proeminência óssea, podendo gerar ali uma ruptura na pele^[24]. Esse dado nos mostra que as equipes de enfermagem

atuantes nas UTIs não estão atualizadas sobre esse dado ou estão cometendo iatrogenia, uma vez que os pacientes ficam a maior parte do tempo nessa posição. Esse fator gera mais prejuízos ao paciente e mais gastos com materiais para o tratamento deste agravo desenvolvido em seu período de internação.

CONCLUSÃO

A lesão por pressão é um potencial problema existente nas UTIs, devido à longa permanência dos pacientes internados, e pelo grau de complexidade que os mesmos se encontram, pois ficam vulneráveis a diversos fatores que alteram a integridade da pele. Porém, medidas podem e devem ser adotadas pela equipe de enfermagem para prevenção desse problema; são elas: uso da escala de Braden para a avaliação de risco, devendo ser aplicada de forma individual; uso de coxins nas proeminências ósseas; mudança de decúbito; hidratação da pele; uso de colchão piramidal, entre outras. Considerando os achados, evidenciou-se que fatores de risco mais comuns são: tabagismo, idade avançada, pacientes portadores de doenças cardiovasculares, nutrição desequilibrada, umidade e obesidade. Todos esses fatores servem como sinalizadores para a equipe de enfermagem atuar de forma precoce, o que diminuirá as chances de desenvolvimento de lesões por pressão.

Os locais que tiveram maior predisposição para o desenvolvimento desse agravo foram a região sacra e o calcâneo, localizações anatômicas que podem ser protegidas. É notório que existem fatores não modificáveis e que são de riscos significativos, mas a grande maioria deles pode ser evitada, caso a equipe de enfermagem atue de forma qualificada e tenha como princípio de atuação a humanização e o bem-estar contínuo dos pacientes. Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, pois proporciona um conhecimento de grande relevância em âmbito hospitalar, especificamente para as UTIs.

REFERÊNCIAS

1. Costa I. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; [Dissertação de Mestrado]; 2003.
2. Poletti N; Beccaria L. Barbosa T. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. Rev. Enferm UERJ. 2014; 22(3): 353-8.
3. Associação Brasileira de Estomaterapia; Associação Brasileira De Enfermagem em Dermatologia. Classificação das lesões por pressão – consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>> Acessado em 01 de julho de 2016.
4. Araújo T; Moreira M; Caetano J. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev Enferm UERJ. 2011; 19(1): 58-63.
5. Newll R; Burnard P. Vital Notes for nurses: research for evidence-based practice. New Jersey: Wiley Blackwell; 2006.

6. Simão C; Caliri M. Santos. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm*, 2013; 26(1): 30-5.
7. Borghardt A; Prado T; Araújo, T; Rogenski N; Bringunte M. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan-fev de 2015; 23(1): 28-35.
8. Rocha A; Barros S. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2): 143-50.
9. Gomes G; Bastos M; Matozinhos F; Temponi H; Velásquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(2): 313-18.
10. Araújo T; Araújo M; Caetano J. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(5): 695-700.
11. Serpa L; Santos V; Campanili T; Queiroz M. Validade preditiva da escala de braden para risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1): [08 telas].
12. Rogenski N; Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da escala de braden interobservadores. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1): 24-28.
13. Rogenski N; Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mar.-abr. 2012; 20(2):[07 telas].
14. Miyazaki M; Caliri M; Santos C. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. nov-dez de 2010; 18(6): [10 telas].
15. Brandão E; Mandelbaum M; Santos I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. *R. pesq.: Cuid. Fundam. Online*. Jan-mar de 2013; 5(1): 3221-28.
16. Fernandes M; Costa K; Santos S; Pereira M; Oliveira D; Brito S. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de waterlow. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 20(1): 56-60.
17. Silveira S; Silva G; Moura E; Rangel E; Sousa J. Avaliação das úlceras por pressão por meio da aplicação da escala de pressure ulcer scale for healing (PUSH). *R. pesq.: Cuid. Fundam. Online*. 2013; 5(2): 3847-55.
18. Santos C; Oliveira M; Pereira A; Suzuki L; Lucena A. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuários e de notificação de incidente. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1): 111-118.

19. Martins D; Soares F. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(1): 83-7.
20. Araújo C; Lucena S; Santos I; Soares M. A enfermagem e a utilização da escala de braden em úlcera por pressão. *Rev. Enferm. UERJ.* 2010; 18(3): 359-64.
21. Costa I. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4): 693-700.
22. Lucena A; Santos C; Pereira A; Almeida M; Dias V; Friedrich M. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(3): 523-30.
23. Figueiredo M; Luz M; Brito C; Sousa S; Silva D. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. *Rev. Bras Enferm.* 2008; 6(14): 464-9.
24. Fernandes L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. [Dissertação de Mestrado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.
25. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity. Geneva (Suíça) WHO; 2000.
26. Oliveira I; Costa M; Spezani R. Fatores de risco e o cuidado do enfermeiro na prevenção da úlcera por pressão. *Enferm Bras.* 2009; 8(5): 280-287.
27. Jorge A; Dantas S. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
28. Blanes L; Duarte I; Calil J; Ferreira L. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em clientes internados no Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2): 182-7.
29. Braden B; Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing.* 1987; 25(3): 105-110.
30. Silva M; Gracia T. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. *R. Bras. Enferm. Brasília.* 1998; 51(4): 615-28.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO ESPAÇO DE VIVÊNCIA INTERDISCIPLINAR DO CUIDADO EM SAÚDE

UNIVERSITY EXTENSION AS AN INTERDISCIPLINARY EXPERIENCE SPACE OF HEALTH CARE

CAROLINA LARROSA DE ALMEIDA¹, ANA JOYCE ARAÚJO SILVA¹, HUGO BERNARDINO FERREIRA DA SILVA²

1 – Acadêmicas de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia.

2 – Enfermeiro. Doutorando em Imunologia - Universidade Federal da Bahia. Professor da Faculdade Adventista da Bahia. hugo.bernardinos@gmail.com

RESUMO: A extensão universitária vinculada à interdisciplinaridade possibilita o acesso do estudante à realidade de forma integral, enaltecendo a construção de um conhecimento ativo e crítico resultante não somente da teorização, mas também do confronto com a realidade prática. Concernente a isso, a área de ciências da saúde incorpora a interdisciplinaridade, consolidando-a no projeto de extensão intitulado “Projeto Interdisciplinar de Feridas”, que tem por objetivo revelar os aspectos operacionais, ideativos e as experiências vivenciadas de um projeto de extensão do cuidado em saúde sob o olhar dos estudantes participantes. A pesquisa foi de caráter quantitativo, com caracterização exploratória e de cunho transversal. O instrumento de coleta de dados foi uma enquete descritiva, com sete questões de modelo dicotômico e três questões fechadas de múltipla escolha, totalizando assim dez questões. O estudo foi realizado com sessenta e três discentes da FADBA do quarto período de enfermagem. Como forma de interpretação dos resultados foi usado o WinPepi, versão 11.15, para as questões categóricas. Os resultados obtidos revelaram, através da enquete, o amadurecimento do conhecimento por 92,06% dos alunos participantes (IC95% 83,29 – 97,03), crescimento profissional por 95,24% (IC95% 87,59 – 98,77), maior senso de responsabilidade, profissionalismo e melhor gerenciamento das relações interpessoais por 95,24% (IC95% 87,59 – 98,77) dos alunos participantes. A metodologia utilizada pelo projeto de extensão foi satisfatória, visto que 80,95% (IC95% 69,87 – 89,25) dos participantes imputaram credibilidade, porém apontaram para uma maior abrangência de tempo aos cuidados prestados, pois permitiria redução da descontinuidade no tratamento. Os alunos participantes demonstraram maior aprimoramento de inferência de conhecimento entre o saber teórico e prático, ratificando uma interligação da sistematização do conhecimento, revelando assim, que as experiências vivenciadas pelos discentes atuantes no campo prático foram benéficas tanto para o meio social, quanto para o grupo acadêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa interdisciplinar; Promoção da saúde; Universidade.

ABSTRACT: The university extension linked to interdisciplinary allows the student access to reality in an integral way, praising the construction of an active and critical knowledge resulting not only from theory but also the confrontation of practical reality. Concerning this, the area of health sciences incorporates the interdisciplinary, consolidating it in an extension project entitled “Interdisciplinary Project of Wounds”, which aims to reveal the operational aspects, ideational and the experiences of an extension project care in health from the perspective of participating students. A quantitative approach was used, with exploratory characterization and transversal nature. The data collection instrument was a descriptive survey with seven questions in the dichotomous model and three closed multiple choices, totaling ten questions. The study was carried out with sixty three

students from FADBA of the fourth period of nursing. To interpret the results was used the WinPepi, version 15.11 for categorical questions. The obtained results revealed by poll showed the maturing of knowledge by 92.06% of the participating students (CI95% 83.29 to 97.03), professional growth by 95,24% (CI 87,59 –98,77), greater sense of responsibility, professionalism and better management of interpersonal relationships by 95.24% (95% CI 87.59 to 98.77) of the participating students. The methodology used by the extension project was satisfying, as 80.95% (95% CI 69.87 to 89.25) of participants ascribed credibility, but pointed to a wider range of time to the care provided, as it would enable a reduction of discontinuity of the treatment. The participating students demonstrated a greater improvement of inference of knowledge between the theoretical and the practical wisdom, ratifying an interconnection of the systematization of wisdom, revealing that the experiences of students who are active in the practical field were of benefit for both in the social environment and for academic group

KEYWORDS: Interdisciplinary research, Health promotion, Universities.

INTRODUÇÃO

A principal missão das Instituições de Ensino Superior é formar profissionais comprometidos com o desenvolvimento econômico, social e ambiental. Assim, as atividades de extensão universitária revestem-se de importância fundamental no fortalecimento do compromisso da Universidade com a sociedade^[1]. O Programa de Extensão da Secretaria de Ensino Superior-MEC/Brasil (PROEXT) define a extensão universitária como “um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a realização transformadora entre a universidade e a sociedade”^[2]. Ainda nessa concepção, a extensão universitária é vista como uma via de mão dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, nessa sociedade, a oportunidade da prática de um conhecimento acadêmico. No retorno à sociedade, discentes e docentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, fortalecerá o desenvolvimento dessa sociedade.

Esse curso que estabelece a troca de conhecimentos sistematizados, acadêmicos e da sociedade, acarretará como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade da comunidade local, promovendo assim a democratização do conhecimento acadêmico e a participação ativa da comunidade na formação dos estudantes universitários.

Nesse aspecto as atividades de Extensão Universitária constituem aportes decisivos à formação dos estudantes, pois promovem um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social, de modo que o estudante é protagonista de sua formação técnica e cidadã, tanto pela ampliação das referências, quanto pelo contato direto com grandes questões atuais^[3].

Atualmente vivenciamos um intenso processo de ampliação das atividades de extensão na área da saúde, por isso a interdisciplinaridade em saúde surge como uma ferramenta para fomentar esse processo. Nesse sentido a relevância da prática interdisciplinar decorre da necessidade de se contemplar novas e diversificadas situações que surgem dia a dia com níveis de complexidades diversos e desafiadores^[4].

A interdisciplinaridade vinculada não somente à teorização, mas também à área prática permite um enfoque completo ao raciocínio clínico, portanto, proporciona ao aluno confrontar a realidade de forma integral, selando o aprendizado com levantamento de possível resolução aos casos encontrados na realidade, através dos quais usufrui explicar suas assimilações pessoais^[5,6].

Desse modo, a formação universitária nas áreas de ciências da saúde realiza-se na prática

através do ensino baseado na interdisciplinaridade, firmado entre as instituições de saúde local e entre a comunidade. O projeto de extensão intitulado “Projeto Interdisciplinar de Feridas” surge como uma oportunidade aos discentes e docentes com uma proposta de trabalho interdisciplinar, a fim de promover mudanças nos processos de qualificação tanto para a academia, como para a comunidade. O presente artigo tem por objetivo revelar os aspectos operacionais, ideativos e as experiências vivenciadas de um projeto de extensão do cuidado em saúde sob o olhar dos estudantes participantes.

MATERIAL E MÉTODOS

A abordagem de pesquisa utilizada neste trabalho é a de cunho quantitativo, pois se baseia na quantificação dos vários métodos da coleta de dados e com o tratamento por meio das técnicas estatísticas. Ela garante a precisão dos resultados e evita distorções na interpretação e análise nos dados^[7,8]. Este trabalho tem uma maior caracterização exploratória e de pesquisa transversal cujo objeto de estudo é o programa de extensão universitária: “Projeto Interdisciplinar de Feridas”, vinculado à Faculdade Adventista da Bahia.

A população de estudo foi composta por 63 alunos do 4º período do curso de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia. Os critérios de inclusão para a pesquisa se constituíram de alunos matriculados nas disciplinas que envolvem o Projeto de Feridas (Semiologia e Semiotécnica II e Patologia Geral), que estavam presentes no momento da realização da enquete e que participaram do projeto de feridas durante seu devido tempo. Foram excluídos do estudo os alunos não matriculados nas matérias citadas acima, que não estavam presentes quando foi efetuada a enquete e/ou que não participaram do projeto no tempo estabelecido. O instrumento de pesquisa foi realizado através de uma enquete descritiva de elaboração própria. Na estrutura da enquete houve sete questões de modelo dicotômico e três questões fechadas de múltipla escolha, totalizando assim dez questões. Os dados foram tabulados com a utilização do programa WinPepi versão 11.15 e os resultados deste estudo estão apresentados em formato de tabelas, a fim de facilitar a análise e interpretação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela I apresenta as variáveis de organização e estrutura do projeto. Quanto à formação da equipe e o período para realização do projeto, observa-se que 53(84,13%) dos participantes estavam satisfeitos com a quantidade de membros, pois apenas 10(15,87%) compreenderam que a quantidade de membros gerou desorganização, com a justificativa de que havia membros em excesso. Já 30(47,62%) dos alunos entenderam que o tempo do projeto foi adequado, porém 26(41,27%) afirmaram parcialmente e 07(11,11%) não concordaram com o período proposto. Outros estudos confirmam que entre os pontos contrários de um Projeto de Feridas encontra-se o período relativamente insuficiente para executar as técnicas práticas^[5]. Esse resultado permite avaliarmos a tabela III, quando percebemos que 41(65,08%) dos avaliados opinaram em prolongar o tempo do projeto de extensão. A orientação para a realização dos curativos sempre foi que os pacientes contemplados pelo projeto fossem do bairro de Capoeiruçu, no município de Cachoeira, Bahia. Porém, como não foi possível, a logística abrangeu-se para outros bairros de cidade (zona urbana) e também para São Félix.

Ambas as cidades citadas estão localizadas no Recôncavo Baiano. Com base nisso, avaliou-se o ato de deslocar-se ao domicílio do paciente e como isso possibilita a continuidade do atendimento. Do total da amostra, 45(71,43%) confirmaram a premissa da continuidade do atendimento como algo fundamental, entretanto 10(15,87%) apontaram a premissa em parte, pois, embora houvesse a descontinuidade no atendimento, o paciente teria a obrigação de movimentar-se com maior frequência e, portanto, melhorar o processo de cicatrização. E apenas 08(12,70%) dos participantes acharam o ato de ir ao domicílio do paciente oneroso. Tal deslocamento logístico revela pontos positivos, não somente na continuidade do cuidado, mas também na promoção de relacionamento interpessoal, evidenciado pelo contato direto com a comunidade, possibilitando assim críticas reflexivas provindas da relação teoria e prática^[9].

TABELA 1. Percentuais demonstrativos das respostas da enquete referentes à organização do projeto de extensão. n: quantidade de indivíduos/ IC: intervalo de confiança.

Variável	n(%)	IC95%
Adequado à quantidade de membros por equipe.		
Sim.	53(84,13)	73,53 – 91,65
Não.	10(15,87)	08,35 – 26,47
Justificativa do posicionamento em relação à proposição acima.		
A quantidade de membros foi pequena, pois o trabalho ficou sobrecarregado.	00(00)	00,00 – 25,89
A quantidade de membros foi exagerada, pois o trabalho gerou desorganização.	10(100)	74,11 – 100,00
Tempo adequado do projeto para aprendizado.		
Sim.	30(47,62)	35,53 – 59,92
Sim, em parte.	26(41,27)	29,64 – 53,69
Não.	07(11,11)	04,99 – 20,74
Ato de ir a domicílio.		
Oneroso, devido à logística.	08(12,70)	06,08 – 22,69
Em parte, pois embora o paciente pudesse locomover-se mais, em contrapartida havia descontinuidade no atendimento.	10(15,87)	08,35 – 26,47
Positivo, logo que possibilita a continuidade do atendimento.	45(71,43)	59,39 – 81,54

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A tabela II permite avaliar os efeitos do projeto de extensão quanto a sua face acadêmica e habilidades desenvolvidas. Ao permanecer durante um período em atividades, 58(92,06%) dos alunos relataram amadurecimento na área e 05(07,94%) afirmaram tal amadurecimento em parte. É imprescindível relatar que houve uma notória relevância acadêmica e profissional, as quais são afirmadas por 60(95,24%) dos participantes da enquete. A literatura evidencia que os discentes sentem-se inicialmente inseguros desde o tocar no desconhecido até na comunicação entre o saber e a prática^[10,11]; entretanto, para o processo de formação profissional e pessoal é de amplo calibre efetuar a prática^[10]. Outro estudo complementa que o incremento do exercício prático fundamenta os conteúdos concretos ofertados^[5], auxiliando assim na eliminação da insegurança. O amadurecimento na área de estudo, a relevância acadêmica e profissional são confirmadas quando o desenvolvimento da responsabilidade, ato de cuidar e relacionamento interpessoal e as próprias técnicas assépticas são postas como variáveis também, isto é, através delas podemos vislumbrar um crescimento provido da prática que o projeto de extensão oferece. A partir

disso, é possível conjecturar que 60(95,24%) perceberam um acréscimo no desenvolvimento da responsabilidade, ato de cuidar e relacionamento interpessoal. Quanto às técnicas assépticas desempenhadas nos procedimentos do cuidado aos pacientes em situação domiciliar, 40(63,49%) dos alunos aprimoraram com o tempo, isto é, o conhecimento monofásico teórico só obteve sua concretização e ampliação no exercício prático. Enquanto, 23(36,51%) utilizaram com êxito, pois os conhecimentos teóricos no processo de ensino/aprendizado foram satisfatórios. Apesar de 0% dos discentes relata que as técnicas assépticas foram mal utilizadas, devido à falta de amadurecimento acadêmico, é evidenciado por uma literatura que para realizar as habilidades exigidas em seu nível acadêmico no campo prático, os estudantes não alcançam uma adequada articulação^[10].

TABELA 2. Percentuais demonstrativos das respostas da enquete referentes ao projeto de extensão. n: quantidade de indivíduos/ IC: intervalo de confiança.

Variável	n(%)	IC95%
Amadurecimento na área.		
Sim.	58(92,06)	83,29 – 97,03
Sim, em parte.	05(07,94)	02,97 – 16,71
Não.	00(00)	00,00 – 04,64
Relevância acadêmica e profissional.		
Sim.	60(95,24)	87,59 – 98,77
Sim, em parte.	02(03,17)	00,54 – 10,09
Não.	01(01,59)	00,08 – 07,58
Desenvolvimento da responsabilidade, ato de cuidar e relacionamento interpessoal.		
Sim.	60(95,24)	87,59 – 98,77
Sim, em parte.	03(04,76)	01,23 – 12,41
Não.	00(00)	00,00 – 04,64
Técnicas assépticas.		
Foram mal utilizados, devido falta de amadurecimento acadêmico.	00(00)	00,00 – 04,64
Aprimorados com o tempo.	40(63,49)	51,11 – 74,66
Utilizadas satisfatoriamente, pois conhecimentos iniciais foram suficientes.	23(36,51)	25,34 – 48,89

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Em relação à tabela III, podemos reafirmar a importância do projeto quanto às opiniões dos alunos, dos quais 51(80,95%) imputaram credibilidade ao projeto de extensão interdisciplinar. Nesse sentido, o desenvolvimento de habilidades que cooperam para formação de profissionais envolvidos com a realidade que os circunda, é provido pelo projeto de extensão^[9]. Embora 11(17,46%) afirmem que o crédito do projeto é merecido somente em parte, é preciso considerar que a justificativa para essa perda de credibilidade pode estar ligada ao tempo inadequado do projeto de extensão, aspecto criticado pelos discentes. Essa crítica não é exclusiva, pois, esse resultado corrobora com os outros estudos que, no desfecho da pesquisa, estabeleceram o tempo do projeto de extensão como ponto negativo, pois os alunos fizeram referência à existência de um curto período de tempo para realização da prática^[5], ressaltando esse ponto como um obstáculo a ser superado. E como já foi citado na Tabela I, 41(65,08%) dos alunos são favoráveis ao prolongamento do projeto, a fim de que não se percam a continuidade nos cuidados.

TABELA 3. Percentuais demonstrativos das respostas da enquete referentes à conclusão do projeto de extensão. n: quantidade de indivíduos/ IC: intervalo de confiança.

Variável	n(%)	IC95%
Credibilidade ao projeto.		
Sim.	51(80,95)	69,87 – 89,25
Sim, em parte.	11(17,46)	09,54 – 28,32
Não.	01(01,59)	00,08 – 07,58
Prolongar o tempo do projeto.		
Sim.	41(65,08)	52,74 – 76,06
Sim, em parte.	16(25,40)	15,82 – 37,19
Não.	06(09,52)	03,95 – 18,76

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

CONCLUSÃO

Os resultados analisados demonstram que houve contribuição, pelo projeto de extensão, quanto à integração do conhecimento científico com o exercício prático através da interdisciplinaridade exercida na sociedade, revelando assim, que as experiências vivenciadas pelos discentes atuantes no campo prático foram de benefício tanto para o meio social quanto para o grupo acadêmico, uma vez que a sociedade também é favorecida por essa atuação.

Os alunos participantes demonstraram maior aprimoramento quanto à inferência de conhecimento entre o saber teórico e a prática, ratificando uma interligação ativa da sistematização do conhecimento. Tais protagonistas, fomentados pelas universidades, enfrentam a espontaneidade e os imprevistos da área em que atuam e materializam amplo espectro de situações úteis para o desenvolvimento acadêmico e profissional.

O projeto de extensão tem propiciado um ciclo básico aos universitários, oportunizando um encômio à profissionalização, suscitando a metodologia pedagógica realidade/prática, a fim de agregar maior traquejo e lógica. Entretanto, deve-se analisar a vertente de ampliação do tempo para realização do projeto, para promover maior continuidade na experiência dos estudantes e ininterruptão para o indivíduo tutelado.

REFERÊNCIAS

1. Dorea Ana Dayse Resende. A extensão na prática acadêmica. Revista Proex. Disponível em: <<http://goo.gl/q8kOB5>>. Acesso em: ago. 2016.
2. Brasil. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 abr. 2004. Seção 1, p. 3.
3. - FORPROEX- Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Política Nacional de Extensão Universitária. Manaus: maio de 2012.
4. CAPES – Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior. 2009. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/INTER03ago10.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
5. Utyama I; Macedo G; Janene S. Integração interdisciplinar no ensinar e aprender enfermagem: relato de uma experiência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 1999 jul/ ago; 52(4):561-5.
6. Bordenave J. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos, p.261-268, 1983.
7. Cadeira C. Junior J; Silva L. 2010. Manual de normalização para trabalhos acadêmicos. Guarulhos, 2010. Disponível em: <http://www.torricelli.edu.br/conteudo/downloads/manual_normatizacao_base_abnt.pdf> Acesso em 11 de novembro de 2015.
8. Gil A. Métodos e técnicas da pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
9. Lima G; Feltrin J; Rodrigues J; Buriola A. Perception of nursing students on mental health home-care: a qualitative approach. São Paulo, 2016, abr./jun. 8(2): 4255-4268.
10. Salomé G; Espósito V. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. Revista Brasileira Enfermagem. 2011, nov./dez. 61(6): 822-827. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>. Acessado em 19 de agosto de 2016.
11. Tenório D; Silva R; Barreto B; Camacho A; Oliveira B. Avaliação do blog interativo sobre reparo de feridas e os cuidados de enfermagem. 2013. jul./set. 5(3):202-10

HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO DE JOVENS QUILOMBOLAS

ARTERIAL HYPERTENSION: THE KNOWLEDGE OF YOUNG QUILOMBOLAS

THAIS DE ANDRADE ALVES¹, BRENO VITOR NOGUEIRA SOUSA², VIVIANE SILVA DE JESUS³,
CLIMENE LAURA DE CAMARGO⁴

1 – *Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Bahia*

2 – *Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia. brendovitor@hotmail.com*

3 – *Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública - Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.*

4 – *Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da Universidade Federal da Bahia.*

RESUMO: Este estudo tem como objetivo identificar os saberes de adolescentes e jovens quilombolas acerca da hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado na comunidade quilombola de Monte Alegre, no período de maio de 2013 a janeiro de 2014, com jovens de 14 a 25 anos. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas gravadas, que ocorreram individualmente em ambiente reservado no domicílio dos participantes. Os resultados foram divididos em três categorias que compreendem: os conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica, características hereditárias e conceituações pessoais sobre a doença. Os participantes demonstram um conhecimento fragmentado sobre os conceitos e formas de controle e tratamento da doença, além de apresentarem dificuldades de acesso aos serviços de saúde e falta de profissionais que realizem ações de educação em saúde. Dessa forma, percebe-se que tal comunidade necessita que as autoridades públicas estejam atentas às suas necessidades básicas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Grupo com ancestrais do Continente Africano; Comunidades vulneráveis.

ABSTRACT: This study aims to identify the knowledge of adolescents and young maroons about arterial hypertension. This is a descriptive qualitative study, carried out in the quilombola community of Monte Alegre from May 2013 to January 2014, with young people aged 14-25 years. To data collection were conducted recorded interviews that occurred individually in a private place of participants home. The results were divided in three categories which include: knowledge about arterial hypertension, hereditary characteristics and personal concepts about the disease. Participants demonstrate a fragmented knowledge about the concepts and forms of control and treatment of disease. In addition, they demonstrate difficult to access the health services and lack of professionals to carry out health education activities. Thus, it is clear that this community requires that public authorities pay attention to their basic needs.

KEYWORDS: Hypertension, African Continental ancestry group, Vulnerable groups.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade, sendo responsáveis por altos custos hospitalares, devido à alta frequência de internações causadas por elas. Tais doenças

possuem maior probabilidade de levar um indivíduo a óbito quando acompanhadas da elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mm/Hg de forma linear, contínua e independente^[1].

Uma das principais patologias que compõe o grupo das doenças cardiovasculares é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Que pode, por sua vez, ser ocasionada por múltiplos fatores, apresentando-se na maioria das vezes de forma lenta e assintomática, o que dificulta sua identificação precoce. Vista como uma doença silenciosa, interfere de forma negativa na qualidade de vida daqueles que a possuem. A presença de sinais e sintomas está relacionada à hipertensão de origem secundária ou quando os órgãos-alvo estão sendo comprometidos^[3].

Assim, informações de prevenção e fatores de risco devem ser mencionados na abordagem ao paciente, na tentativa de conscientizar o mesmo para evitar a evolução da doença de forma abrupta e maiores agravos. Pois o ideal seria que o mesmo conhecesse os mecanismos que podem exercer influência negativa sobre a HAS, já que, muitos deles são modificáveis, como a ingestão de sal, obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo e o estresse^[4].

Além dos fatores listados, outro bastante relevante está relacionado à afrodescendência. Pois a HAS representa um dos principais problemas de saúde pública nas populações negras em todo o mundo, em especial no Brasil, segunda maior nação negra do mundo, e que tem tal patologia como umas das mais importantes por razões étnicas^[5].

A população negra brasileira sofre com o estigma social deixado pela escravidão. O racismo existente em nossa sociedade resulta na exploração desse povo, submetendo-o a iniquidades sociais que o tornam o estrato mais pobre da população^[6]. Sabe-se que a cor da pele, o status e a classe social determinam a construção das hierarquias sociais e estão intimamente relacionados com as condições de saúde da população. Dados epidemiológicos mostram claramente a diminuição da qualidade e expectativa de vida da população negra, que apresenta níveis mais baixos de instrução, reside em áreas com menos serviços de infraestrutura básica, possui menos acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, quando dispõe desse serviço, depara-se com menor qualidade. Além disso, esta população vivencia situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação, o que a torna vulnerável aos agravos à saúde^[7]; como acontece, por exemplo, com os indivíduos das comunidades quilombolas.

Compreende-se por comunidade remanescente quilombola grupos de pessoas com histórico de resistência à opressão, que possuem ancestralidade negra e trajetória histórica própria, lotados em regiões com relações territoriais específicas. Apesar do passado de luta e resistência, essas populações vivem quase que exclusivamente em áreas rurais, dependendo de culturas de subsistência e de programas como o Bolsa Família^[8]. As comunidades quilombolas se encontram em situação de vulnerabilidade social, devido a um processo histórico de privação de direitos e cultura, o que interfere diretamente na situação de saúde dessa população^[9].

Considerando os aspectos de vulnerabilidade citados e o aumento global da prevalência da HAS que representa importante prejuízo à qualidade de vida, as medidas educativas são apontadas como importantes estratégias de prevenção que visam à melhoria da saúde e de qualidade de vida, além de contribuir com a diminuição das complicações e dos custos assistenciais decorrentes da doença. A educação em saúde apresenta-se como uma atividade sistematicamente planejada e inerente ao processo de cuidar, pois facilita, predispõe e reforça medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. Assim, percebe-se que as

estratégias utilizadas para realizar a educação em saúde são de suma importância, pois poderão estimular a participação ativa do indivíduo, valorizando o diálogo como construção compartilhada de conhecimento ou simplesmente reforçar o caráter curativo centrado na doença e na transmissão de informações^[10].

Dessa forma, direcionarmos o olhar para as questões que tangem à saúde da comunidade quilombola mostra-se necessário, devido ao alijamento social a que estão submetidas essas pessoas. Assim, verificar o entendimento dessa população sobre os fatores de risco que causam a HAS torna-se importante. Este estudo pode contribuir para a promoção da saúde dessa população, já que a mesma encontra-se mais exposta a doenças de origem étnico-racial e socioeconômica. Esta pesquisa objetivou identificar os saberes de adolescentes e jovens quilombolas acerca da hipertensão arterial sistêmica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, vinculado ao projeto de dissertação de mestrado intitulado “Análise de níveis pressóricos em crianças e adolescentes quilombolas”. O referido estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o parecer número 1.182.042. Ainda atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 que trata de pesquisas com seres humanos.

A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2013 a janeiro de 2014 na comunidade quilombola Vila de Monte Alegre, que faz parte da Ilha de Boipeba, vinculada ao município de Cairú, distante aproximadamente 300 km da capital Salvador-BA. Segundo a Fundação Cultural Palmares (FCP), essa comunidade foi certificada no ano de 2006 e está entre as 569 comunidades certificadas no Estado da Bahia^[11,12]. Possui em média 100 habitantes e está dividida em Monte Alegre de Baixo e Monte Alegre de Cima. A maioria das casas é feita de taipa e não há esgotamento sanitário nem água tratada. Há no local um centro comunitário e uma escola, porém não há nenhuma unidade básica de saúde, fazendo com que as pessoas se dirijam à unidade mais próxima localizada em Boipeba.

Os participantes do estudo foram nove adolescentes e jovens entre 14 e 25 anos, de ambos os sexos, que residem nessa comunidade quilombola. Ressalta-se que o recorte da faixa etária se deu por conveniência, pois os participantes já eram sujeitos do projeto guarda-chuva “Sustentabilidade e Saúde”. Para a coleta de dados foi aplicada, individualmente, entrevista semiestruturada, em ambiente reservado no domicílio dos participantes. Para assegurar a privacidade dos mesmos, os áudios foram transcritos e analisados através da categorização temática proposta por Lawrence Bardin^[13] e identificadas neste trabalho pela letra “E” de entrevista seguida pelo número correspondente à mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas possibilitou a identificação de três categorias: 1) Conhecimento sobre a HAS, subdividida em quatro subcategorias: Conceitos; Etiologia; Formas de controle/tratamento; Sintomatologia; 2) Característica de hereditariedade; 3) Conceitos pessoais relacionadas à doença.

1. Conhecimento Sobre a Has

Objetivando compreender quais os conhecimentos dos jovens quilombolas sobre a HAS, essa categoria foi subdividida em quatro subcategorias, conforme as falas dos participantes:

1.1 Conceitos

Sabe-se que a HAS é definida por frequentes e elevados níveis da pressão arterial, sendo uma condição clínica multifatorial. Ela aumenta os riscos para doenças cardiovasculares, já que está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo^[1]. Nessa subcategoria emergiram falas envolvendo a conceituação da HAS e foram consideradas todas as informações acerca do entendimento dos entrevistados sobre a doença. Muitos a definem como uma morbidade, um mal, um problema que pode gerar danos ao ser humano; outro já a conceitua exemplificando-a através das suas possíveis causas, sintomas e tratamentos e outro que não sabe conceituá-la, conforme descrito nas seguintes falas:

“pressão alta é quando a pessoa se sente mal [...] tem que haver tratamento porque pode levar à morte” (E6).

“[...] pra mim pressão alta é uma doença, é uma coisa grave que deixa a gente mal” (E9).

“é uma doença que pode até matar a pessoa” (E7).

“eu tive, mas não sei o que é” (E8).

Apesar da maioria das falas não abordarem os agentes etiológicos, identificamos que os jovens entrevistados percebem a sua gravidade e necessidade de prevenção e controle. O conhecimento sobre uma doença é de grande relevância, sobretudo quando determinada população possui maior risco de desenvolvê-la. Tal conhecimento advindo de pessoas que possuem a doença facilita a intervenção do profissional em propor o tratamento adequado e adoção de medidas que minimizem o impacto do agravo^[4].

Embora a maioria dos entrevistados não tenham se identificado como hipertensos, eles apresentam certa familiaridade com os sintomas dessa doença, já que possuem pessoas no círculo familiar portadoras da HAS. Em caso de desenvolvimento da doença, o conhecimento dos fatores intervenientes torna-se útil para o indivíduo e para atuação da equipe de saúde. Por outro lado, a ausência de informação sobre a doença reflete a necessidade de introduzir práticas de educação em saúde para essa população.

A falta de conhecimento a respeito da doença pode estar associada à escolaridade, pois essa constitui um dos principais fatores relacionados à qualidade de vida em diferentes grupos populacionais. A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, além de influenciar na adesão ao tratamento de condições crônicas, como a HAS; o que acarreta dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe de saúde da família sobre a doença, por isso mesmo constitui importante indicador a ser observado pelos gestores e profissionais de saúde no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações.^[14]

Um fator que pode contribuir para a compreensão da doença é a presença da mesma em algum membro da família. Para crianças, o conhecimento a respeito da HAS está ligado ao contato direto com o doente. Pais hipertensos geralmente são agentes multiplicadores do saber, já que os filhos veem os pais como exemplo e observam as implicações da doença e as mudanças dos hábitos de vida.^[15]

1.2 Etiologia

Sobre os fatores de risco que podem levar o indivíduo a apresentar a HAS, buscou-se compreender nessa subcategoria as percepções dos entrevistados sobre a etiologia da doença. Sabe-se que existem diversos fatores que podem desencadear a HAS. Podem ser classificados em fatores de risco não modificáveis, como: idade, gênero, genética e etnia; e os fatores de risco modificáveis, como: obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, ingesta excessiva de sal, uso de álcool, drogas e condições socioeconômicas^[4]. Outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento^[4]. Neste estudo, o consumo excessivo de sal foi identificado como sendo o principal agente causador da doença, relatado pela maioria dos entrevistados, como pode ser percebido nas falas seguintes:

“[...] deve ser porque ela comia muito sal, deve ser por causa disso” (E1).

“[...] porque às vezes come comida muito salgada, não se alimentam direito” (E3).

Além do consumo excessivo de sal, alguns entrevistados relataram que a causa da doença também pode estar relacionada a uma alimentação inadequada, outros também referiram o estado emocional e fatores hereditários como causadores da doença, expressos nas falas a seguir:

“[...] não se alimentam direito, por isso desenvolvem a doença” (E3).

“alimentação adequada, por exemplo, a quantidade certa de sal, de vitaminas” (E6).

“porque se enraiva muito, sente muita dor de cabeça” (E2).

“as vezes é de susto” (E5).

“as vezes por causa de estresse, de muito estresse, muito trabalho[...]” (E6).

Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz, é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas^[4]. Alguns estímulos podem atuar como fatores modificadores da ação sobre a ameaça percebida de determinada doença, tais como: conselhos de terceiros, orientações de profissionais de saúde e experiências de membros da família. Ademais é necessário que o indivíduo valorize os benefícios das mudanças, ou seja, creia que é possível reduzir a suscetibilidade ou severidade da doença.^[15] Contudo, não se pode assegurar que apenas os conhecimentos sobre determinadas doenças sejam suficientes para produzir a mudança de comportamento, pois tanto a crença quanto a cultura podem ser fatores propulsores ou impeditivos dessa mudança.

A percepção da gravidade de uma doença também é um fator que pode contribuir para a mudança de comportamento do indivíduo. O grau de seriedade pode ser julgado pelo grau de estimulação emocional criado por determinadas circunstâncias, tais como: ideias sobre a doença, dificuldade atribuída pelo indivíduo ante o risco que tal agravo na saúde poderá ocasionar, ou mesmo pelo simples conhecimento das complicações que aquela doença poderá trazer para si.^[15]

1.3 Formas de controle/tratamento

A respeito das formas de controle/tratamento da HAS, buscou-se compreender as medidas

apontadas pelos participantes. Assim, pode-se observar que a principal medida citada está relacionada à diminuição do consumo do sal; no entanto, outros fatores ligados aos comportamentos alimentares também foram mencionados, tais como: diminuição da ingestão de gordura e dieta balanceada. Além disso, a figura do médico foi citada diversas vezes, denotando que esse profissional exerce uma influência sobre as formas de controle da doença, através de recomendações alimentares e indicações do uso de medicamentos.

“Evitar comer algum alimento que faça mal. Por exemplo, sal, gordura. Eu não tenho pressão alta, então não tenho essas dietas, mas minha mãe é hipertensa, ela não come sal, não come gordura e toma remédio pra controlar” (E9).

“não comer muito sal, diminuir a gordura, não se enraivar muito” (E8).

“ter acompanhamento médico, parar de comer muito sal, tomar remédio” (E7).

“não comendo muito sal, [...] e se cuidando como o médico manda” (E1).

Além da adoção de hábitos alimentares saudáveis e o uso de medicamentos, destacam-se ainda outras atitudes importantes a ser consideradas na adoção de um estilo de vida saudável e que contribuem de forma significativa para o controle da HAS: a abstinência ao fumo e a redução da ingestão de bebidas alcoólicas, visto que essas práticas são bastante comuns, pois fazem parte da cultura afrodescendente. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) informa que o tabaco é a principal causa de morte evitável nas Américas e no mundo^[2].

Formas de controle/tratamento relacionados ao conhecimento popular, como o uso de ervas e frutas que exercem efeitos calmantes e a prática de exercícios físicos também foram relatadas, como descritas nas falas que se seguem:

“com remédio, com as ervas de lipurdina que faz acalmar e [...] também outras ervas [...] pra fazer o chá” (E2).

“evitar susto, evitar comer sal, beber suco de maracujá é bom pra baixar” (E5).

“ter uma dieta saudável, diminuir o sal [...]. Também tem que praticar exercícios” (E3).

Um estudo realizado com hipertensos em uma unidade de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Curitiba (PR) revelou que os usuários associam a terapia medicamentosa com a não medicamentosa. Eles ressaltam a adoção de hábitos de vida saudáveis que contribuem para o controle da pressão arterial como a redução do estresse e a realização de atividades de lazer. Já outro estudo realizado em comunidade quilombola na capital baiana destaca o uso de ervas no preparo de remédios caseiros, banhos e chás como práticas cuidativas e como tratamento de várias doenças^[16].

Geralmente o conhecimento das indicações terapêuticas das plantas medicinais utilizadas pela população é repassado entre as gerações familiares, tornando-se assim atribuição das pessoas idosas, visto que são elas que cultivam tais plantas em seus quintais e jardins. O conhecimento popular relacionado a essas plantas é amplo e traz diversos benefícios à população, principalmente àquelas que não têm acesso aos serviços de saúde^[17, 18].

Controlar a HAS significa obter níveis pressóricos satisfatórios, com percentis abaixo de 95 para

adolescentes e menor que 130/85 mmHg, considerando os adultos jovens; o que contribui para diminuir os riscos de doenças cardiovasculares e aumentar a qualidade de vida do indivíduo. Para o controle da HAS, o tratamento envolve desde a adoção de hábitos de vida saudáveis a uso de medicamentos específicos^[19].

1.4 Sintomatologia

Ao se questionar acerca da sintomatologia desencadeada pela doença, os sinais e sintomas mais citados foram: dor de cabeça, desmaios, alterações de humor e sintomas de pré-eclâmpsia como descritos nas falas abaixo:

“Causa dor de cabeça, tem gente que desmaia” (E1).

“Minha tia fica muito nervosa quando a pressão está muito alta sente muita dor de cabeça” (E2).

“Eu tava toda inchada quando eu fiquei grávida.” (E8).

A HAS é dita por muitos autores como uma doença silenciosa e assintomática, pois seus sinais clínicos muitas vezes não são percebidos claramente^[20]. Sabe-se, contudo, que a doença pode oscilar entre os extremos de ausência de sintomatologia a sintomas inespecíficos encontrados na hipertensão, como: cefaleia, sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náuseas e vômitos^[3]. Essa aparente divergência com a qual a doença se manifesta está relacionada com a presença de sintomas, mas que são inespecíficos e que, portanto, podem ser atribuídos a outras patologias, podendo dificultar no diagnóstico diferencial. Além do que, isoladamente, esses indícios não refletem gravidade, o que pode contribuir para a não procura do tratamento.

Considerando que essa comunidade quilombola tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde^[6], a identificação precoce da HAS torna-se mais difícil, principalmente quando é assintomática. A carência de ações de prevenção e controle da saúde torna tal população vulnerável aos diversos tipos de patologias e complicações que podem levar à morte ou ao adoecimento crônico, ocasionando sofrimento e diversas dificuldades para o indivíduo e para a sua família.

2. Características de Hereditariedade

Sendo a hipertensão uma doença de característica hereditária, sobretudo para a população negra, torna-se um aspecto relevante para a comunidade deste estudo, visto que é constituída por cerca de 100 habitantes e de parentesco elevado. Segundo as entrevistas, houve relatos de parente próximo portador da HAS.

“Pressão alta? [...] a minha tia, ela tem” (E2).

Apesar de apenas um participante ter expressado em sua fala ter uma tia hipertensa, salienta-se que a comunidade de Vila Monte Alegre foi constituída também com forte vínculo intrafamiliar (21), o que torna relevantes abordagens mais apropriadas sobre HAS nessa comunidade, visto que a mesma contém poucos habitantes sem evidente parentesco familiar. Vale ressaltar, entretanto, que o fator hereditário não é o único determinante para que a doença se desenvolva.

É evidente a relação entre os fatores genéticos e a hipertensão arterial na população negra, porém não é possível prever o risco individual de possuir a doença, por não haver variantes genéticas que possam ser utilizadas^[1]. Dessa forma fica evidente a necessidade de acompanhamento da comunidade e realização de ações educativas em saúde, que visem promover mudanças nos hábitos de vida dessa população.

3. Conceitos Pessoais a Respeito Da Doença

Os mitos estão presentes desde a antiguidade na vida das pessoas, estando intimamente relacionados com as crenças de cada população. O mito é tido como uma realidade cultural extremamente complexa que pode ser abordada e interpretada através de perspectivas múltiplas e complementares, assim torna-se importante compreendermos o significado da cultura na qual a pessoa nasceu e está inserida. Com isso, cabe aos profissionais de saúde considerar cuidadosamente a força das referências culturais, levando sempre em consideração os pensamentos e opiniões da sabedoria popular, os quais influenciam a abordagem da doença, para integrar às informações médicas.^[22]

Nessa categoria estão selecionadas falas que exprimem opiniões próprias e mitos criados em relação à doença. Identificou-se, por exemplo, que a HAS é confundida com o diabetes, que a prática de exercícios físicos pode trazer malefícios ao hipertenso e que esta doença está ligada a alterações no sistema nervoso, como descrito nas falas abaixo:

“através dos alimentos que nós comemos, salgado, doce que causam a pressão alta. Comer muito doce pode elevar a pressão” (E4).

“ela tem que ter bastante repouso, não fazer muito exercício físico. Eu acho que fazer muito exercício físico aumenta a pressão” (E6).

“é uma alteração dos nervos, sistema nervoso” (E5).

“[...] alguma pessoa da família que já teve, passa de pessoa para pessoa” (E7).

Esses resultados revelam que, apesar da HAS ser uma doença de alta prevalência e de ampla divulgação em diversos meios de informação, ainda é pouco conhecida, principalmente em comunidades vulneráveis. Nesse aspecto é importante cautela, pois o conhecimento do paciente está relacionado a questões culturais, isolamento territorial, experiências pessoais e forma subjetiva de entendimento. Dessa forma, as informações fornecidas pelos pacientes não devem ser desmerecidas e o profissional de saúde que visa uma atenção integral e humanizada deve disseminar as orientações a respeito da doença levando em consideração os fatores vivenciados pelo paciente.^[4]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os sujeitos entrevistados demonstraram conhecimentos limitados quanto aos conceitos e medidas de controle/tratamento da HAS. Nesse estudo, nota-se que a percepção dos participantes está relacionada à ingestão de sal e fatores emocionais como causadores principais da elevação da pressão arterial; por isso os participantes atribuem à diminuição

do sal e ao uso de ervas medicinais, como a lipurdina, o controle/tratamento da doença. Percebeu-se também que os participantes que possuem algum familiar hipertenso, souberam descrever melhor os sinais e sintomas da doença, bem como os métodos utilizados para o controle. Cabe salientar que tal comunidade sofre com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e com a falta de profissionais que exerçam ações de educação em saúde para prevenção e controle desse agravo. Assim, é esperado que as autoridades públicas se atentem para as necessidades básicas das comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
2. Filho CF. Hipertensão Arterial Sistêmica. *RBM.* 2011; 68(7/8). Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4797> Acessado em 29 de junho de 2016.
3. Oogman W. Sinais e Sintomas em hipertensão arterial. *JBM.* 2014; 102(5) 13. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>> Acessado em 29 de junho de 2016.
4. Machado MC; Pires CGS; Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(5): 1365-1374.
5. Bezerra VM; Andrade ACS; César CC; Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2013; 29(9): 1889-1902. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900027&script=sci_arttext>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
7. Zamora MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Ver. Psicol.* 2012; 24(3): 563-578.
8. Freitas DA; Caballero AD; Marques AS; Hernández CI; Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC.* 2011; 13(5): 937-943.
9. Silva MJG; Lima FSS; Hamann EM. Uso dos serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo.* 2010; 19(supl.2): 109-120.

10. Manoel MF; Marcon SS; Baldissera VDA. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2013; 21(3): 403-8.
11. Fundação Cultural Palmares Comunidades Quilombolas. Brasília- DF. 2015. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=88#> Acessado em 05 de março de 2015.
12. Fundação Cultural Palmares. Certidões expedidas por Estado. Ministério da Cultura: Brasília. 2010. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/_temp/sites/000/2/download/dpa/crqs-certificadas.pdf> Acessado em 05 de março de 2015.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
14. Andrade JMO; et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2014; 19(8): 3497-3504.
15. Santos ZMSA; Caetano JA; Moreira FGA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2011; 16(11): 4385-4394.
16. Siqueira SMC; Jesus VS; Cmargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(1): 179-189.
17. Lima SCS; Arruda GO; Renovato RD; Alvarenga MRM. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(4): [08 telas].
18. Souza ADZ; Vargas NRC; Ceolin T; Heck RM; Haeffner R; Viegas CRS. A enfermagem diante da utilização de plantas medicinais no tratamento complementar da hipertensão arterial sistêmica e das dislipidemias. Rev. Min. Enferm. 2010; 14(4): 473-478.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37): 128 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf > Acessado em 05 de março de 2015.
20. Soares RS; Silva JLL; Lopes MR; Moreno RF; Almeilda JHA; Suza VR. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem. R. pesq.: Cuid. Fundam. Online. 2012; (Ed. Supl.): 45-48.

21. Mrtins LA. Cuidado ao recém-nascido em Comunidade Quilombola e a influência integrada intergeracional [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2014.

22. Santos M. Concepções de mitos e relações com a saúde. Bol. Mus. Int. de Roraima. 2014; 8(2): 53-60.

PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS À QUEDA EM IDOSOS

PREVALENCE AND FACTORS RELATED TO FALL IN ELDERLY

LILIAN CARVALHO DUTRA¹, SAMIRA DE JESUS PEREIRA MELO¹, LILIAN BRITTO SILVA¹,
DJEYNE SILVEIRA WAGMACKER²

1 – Acadêmicas de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia.

2 – Fisioterapeuta. Doutoranda em Medicina e Saúde Humana – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia. djeyne@hotmail.com

RESUMO: Introdução: O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e organismo como um todo. As causas que provocam as quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Objetivo: avaliar a prevalência de quedas e seus fatores determinantes em idosos. Métodos: trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal. Amostra foi composta de 50 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário para avaliar a presença de quedas e dos fatores de risco intrínsecos, como: sexo, idade, raça, condição de saúde e uso de medicamentos, condição visual, deformidades nos pés, alimentação e história prévia de quedas, equilíbrio, marcha/mobilidade, aspectos psicológicos e o Questionário Internacional de Atividades – IPAQ. A análise dos resultados foi realizada pelo programa estatístico SPSS 18.0 Resultados: 46,0% dos idosos tiveram médio e alto risco de quedas, 24,0% corresponde aos idosos que caíram 2 ou mais vezes, 28,0% relataram ter caído no ambiente domiciliar. A raça negra é de maior prevalência, com 72,0% nessa população. Entre as patologias, as de origem cardiovascular sobressaem-se com uma média de 64%; quanto à atividade física, os resultados apontam 26% de idosos ativos e não foram encontradas diferenças estatísticas no percentual de queda, quando comparados os grupos de sedentários e ativos (P=0,99). Conclusão: conclui-se que houve uma maior prevalência de quedas em idosos com doenças cardiovasculares, com alterações neurológicas e em idosos com alterações de equilíbrio.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes por quedas; Fatores de risco; Envelhecimento; Atividade motora.

ABSTRACT: Introduction: Aging is caused by molecular and cellular changes that result in progressive loss of functional organs and the body as a whole. The causes of falls are multiple and can be grouped in intrinsic and extrinsic factors. Objective: To evaluate the prevalence of falls and the determining factors in the elderly. Methods: It is an epidemiological study of cross-section. The sample consisted of 50 elderly, aged 60 years or more. For data collecting it was used a form to evaluate the presence of falls and intrinsic risk factors such as sex, age, race, health condition and use of medicines, visual condition, foot deformities, alimentation and previous history of falls, equilibrium, mobility, psychological aspects and the International Physical Activity Questionnaire – IPAQ. The analysis of the results was conducted by the statistical program SPSS 18. Results: 46,0% of the elderly had medium and high risk of falling, 24,0% corresponds to the elderly who fell twice or more, 28,0% reported having fallen into the home, the black race has greater prevalence (72,0%), among the pathologies, those with cardiovascular origin stand out with an average of 64%, in relation to physical activity, the results point 26% of elderly active, and there weren't statistical differences in the percentage of fall when comparing the sedentary groups and active (P=0,99). Conclusion: It was concluded that there was a higher prevalence of falls in elderly with cardiovascular disease, neurological alterations and alterations of balance.

KEYWORDS: accidental Falls, risk factors, aging, motor activity.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos, e também do organismo como um todo, o que aumenta a probabilidade de disfunção e doença.^[1-2] Estima-se que o Brasil tem 20,6 milhões de idosos. Número que representa 10,8% da população total. A expectativa é que, em 2060, o país tenha 58,4 milhões de pessoas idosas (26,7% do total) e, à medida que o país envelhece, as preocupações com acidentes domésticos têm aumentado. A incidência de queda alarga com o avançar da idade, variando de 34% entre idosos com 65 e 80 anos, 45% entre 80 e 89 anos e 50% acima dos 90 anos. É mais prevalente entre as mulheres até os 75 anos (42%), chegando a um risco duas vezes maior do que os homens.^[3]

Os acidentes senis dentro do lar são responsáveis por milhares de vítimas. As quedas em idosos possuem uma etiologia multifatorial e podem ser concomitantes e somatórias, envolvendo uma interação entre fatores intrínsecos (aqueles relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (aqueles associados com características ambientais). Entre os primeiros, encontram-se as alterações fisiológicas pelas quais o idoso passa, condições patológicas e efeitos adversos de medicações. Entre os fatores extrínsecos, destacam-se os perigos ambientais e calçados inadequados. A maioria das quedas apresentadas pelos idosos resulta de uma interação complexa entre esses fatores, comprometendo os sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio.^[3-4] As quedas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública.

Portanto, como prevenir tais ocorrências na terceira idade, uma vez que nem o lar é um ambiente totalmente seguro e confortável? Tendo em conta que a estrutura óssea do idoso é frágil, ou seja, qualquer queda possui um significado muito relevante, pois pode levá-los à incapacidade, injúria e morte. Em pesquisa conduzida em 23 estados brasileiros, com 6.616 idosos, a prevalência foi de 27,6%, e entre os que tiveram queda, 11% resultaram em fratura. Cerca de 70% das lesões são fraturas especialmente do fêmur. A prevalência de quedas por região geográfica do Brasil variou de 18,6% no Norte a 30% no Sudeste.^[5-6] Intervenções mais eficazes baseiam-se na identificação precoce dos idosos com maior risco de quedas decorrentes ou não de alguma doença, da adequação do espaço físico, bem como da prática regular de atividade física.^[7] O presente trabalho tem como objetivo de estudo avaliar a prevalência de quedas e seus fatores determinantes em idosos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, de corte transversal, realizado no município de Cachoeira.

Nos estudos transversais, também chamados de estudo de prevalência, fator e efeito fator são observados num mesmo período histórico. As taxas de prevalência entre aqueles com e sem exposição ou a vários níveis de exposição são delimitadas e comparadas.^[8]

População e amostra

A população do estudo foi constituída por 280 idosos com idade igual ou superior a 60 anos cadastrados em um ESF de Cachoeira. A amostra foi composta de 50 idosos, delimitada a partir de um

pré-teste, no qual foram selecionados aleatoriamente 10 idosos. O cálculo foi realizado em cima dos 280 idosos cadastrados no ESF e o número ficou estimado em 43, ampliado para 50 indivíduos, de modo que perdas não viessem a interferir na precisão dos resultados. Foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, com a funcionalidade e estado mental preservado e excluídos idosos acamados.

Variáveis da análise

As variáveis do estudo foram os fatores de risco de queda, como: idade, sexo, raça, uso de medicamentos, diagnóstico médico de déficit visual, presença de patologias, deformidades nos pés, equilíbrio, uso de dispositivo de marcha, condição psicológica e a prática de atividades físicas.

Questões éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FADBA, obedecendo aos critérios da resolução 466/2012. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo concordando em participar da pesquisa.

Métodos e Técnicas para coleta de dados

O período da coleta de dados foi de três meses. Nesse período foi realizada uma visita domiciliar aos idosos. Foi utilizado um formulário para avaliação dos fatores de risco intrínsecos de quedas nessa população. O formulário envolvia fatores intrínsecos e a prática de atividade; quanto ao primeiro, os idosos responderam as questões referentes à idade, sexo, raça, condição de saúde, uso de medicamentos, condição visual, deformidades nos pés, história previa de quedas, uso de dispositivo auxiliar para marcha, presença de depressão, equilíbrio e prática de atividade física.^[9]

No formulário a idade foi coletada de maneira autorreferida, o sexo estratificado em masculino e feminino e raça categorizada em branca, parda e negra. No referente aos aspectos clínicos, foram observadas questões como visão normal ou alterada, presença de patologias cardiovasculares, metabólicas, neurológicas e osteomioarticulares, uso de medicamento. Presença de deformidades nos pés observados a partir dos seguintes achados: a presença de calos, úlceras, dor ao caminhar, e deformidades nos pés; sendo a resposta estratificada em sim e não. Quanto ao histórico de quedas, os idosos responderam se caíram ou não no último ano, relatando também o número de quedas e fraturas decorrentes.

Para a avaliação do item equilíbrio especificado no formulário acima, foi utilizado o “Timed Up And Go” (Tempo de Ir e Vir). O teste avalia o tempo gasto por um idoso para levantar de uma cadeira, andar uma distância de três metros, dar a volta, caminhar em direção a cadeira e sentar novamente.^[12] Durante a execução do teste, também foi identificado se o mesmo fazia uso de dispositivo auxiliar para marcha, como andador, bengala e outros. O equilíbrio foi considerado normal, o tempo de execução do percurso foi de até 10 segundos e alterado quando maior que esse tempo.

Para a identificação da presença de depressão sinalizada no formulário acima, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida com 15 itens (GDS-15), validada e adaptada no Brasil^[10]. Foi contado um ponto para cada resposta negativa ou depressiva. O ponto de corte foi de 5 pontos. Acima dessa pontuação, era identificado o estado depressivo.^[11]

Para avaliação da atividade física, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (anexo) O IPAQ é subdividido nas atividades físicas realizadas nos domínios do trabalho, do transporte, das atividades domésticas e de lazer, porém na pesquisa foi utilizada somente a parte relacionada às atividades físicas realizadas no lazer.

O questionário oferece dados sobre duração, frequência, intensidade e tipo de atividade, o que permite uma estimativa do gasto calórico total e que acaba facilitando também a classificação das atividades como leves, moderadas e vigorosas; lembrado que atividades moderadas são aquelas que resultam em um gasto de 3,5 a 6 MET's, (1 MET: 3,5 ml/kg/min); enquanto atividades vigorosas são aquelas com um gasto superior a 6 MET's^[13].

Conforme estudos, o ponto de corte utilizado para classificar o indivíduo como ativo foi de 1000 Kcal gastas em atividades físicas de lazer. Para identificação das Kcal gastas em atividades físicas no lazer, aplicou-se a fórmula: [frequência de atividade física semanal X minutos da sessão X MET da atividade] / [60 minutos].

O resultado obtido representa o METs- horas das atividades físicas por semana. Para determinar as Kcal gastas em atividades físicas semanais, multiplicou-se o METs- horas pelo peso do entrevistado, o qual foi avaliado através de uma balança portátil.^[8-14]

Análise Estatística

Os dados foram analisados previamente quanto à simetria pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados foram expressos por média \pm desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, de acordo com a distribuição da variável. Em se tratando de dados categóricos, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Foi calculado o Intervalo de confiança a 95%. Foram comparadas variáveis sociodemográficas (idade, raça e sexo) e clínicas (medicamentos em uso, e presença de patologias cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, ortopédicas, presença de deformidades nos pés, alteração em visão e equilíbrio, presença de depressão, prática de atividade física e uso de dispositivos auxiliares de marcha) na população que apresentou episódios de quedas com o teste do qui-quadrado. O Nível de significância foi definido por valor de $p < 0,05$. Os dados foram analisados com o uso do software SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão^[14].

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados relativos aos aspectos sociodemográficos e clínicos da amostra, apresentando informações como: idade média dos idosos, raça e sexo predominantes, presença de uso de medicamentos, presença de patologias cardiovasculares, metabólicas, neurológicas e osteomioarticulares, presença de deformidades nos pés, presença de alterações de visão e equilíbrio, uso de dispositivos auxiliares da marcha, presença de depressão e envolvimento em práticas de atividade física.

TABELA 1. Caracterização da amostra, Cachoeira, Bahia, Brasil. 2014. (n=50)

VARIÁVEL	N	MÉDIA	IC 95%
IDADE	50	73,56±2,31	71,25-75,87
RAÇA			
Parda	6	12,0%	5,57-26,43
Branca	8	16,0%	2,76-21,24
Negra	36	72,0%	59,23-84,77
SEXO			
Feminino	38	76,0%	62,77-86,30
Masculino	12	24,0%	13,70-37,23
USO DE MEDICAMENTOS			
Sim	40	80,0%	68,63-91,37
Não	10	20,0%	8,63-31,37
PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES			
Sim	32	64,0%	50,35-77,65
Não	18	36,0%	22,35-49,65
METABÓLICAS			
Sim	15	30,0%	16,97-43,03
Não	35	70,0%	56,97-83,03
NEUROLÓGICAS			
Sim	5	10,0%	1,47-18,53
Não	45	90,0%	81,47-98,53
OSTEOMIOARTICULARES			
Sim	13	26,0%	13,53-38,47
Não	37	74,0%	61,53-86,47
DEFORMIDADES NOS PÉS			
Sim	10	20,0%	8,62-31,38
Não	40	80,0%	68,62-91,38
VISÃO			
Normal	36	72,0%	59,23-84,77
Alterada	14	28,0%	15,23-40,77
EQUILÍBRIO			
Normal	25	50,0%	35,78-64,22
Alterada	25	50,0%	35,78-64,22
DISPOSITIVOS DE MARCHA			
Sim	1	2,0%	0,02-5,98
Não	49	98,0%	94,02-101,98
DEPRESSÃO			
Normal	33	66,0%	52,53-79,47
Alterada	17	34,0%	47,47-20,53
ATIVIDADE FÍSICA			
Ativo	31	62,0%	48,04-74,60
Sedentário	19	38,0%	25,40-51,96

IC 95%= intervalo de Confiança a 95%

A tabela 2 apresenta os dados referentes aos aspectos de queda, como: risco de queda entre os idosos, número de vezes que caiu, lugar de predomínio das quedas e presença ou não de fraturas secundárias à queda.

TABELA 2. Caracterização das quedas, Cachoeira, Bahia, Brasil. 2015. (n=50)

VARIÁVEL	n	MÉDIA	I.C 95%
RISCO DE QUEDA			
Baixo	25	50,0%	35,78-64,22
Médio	22	44,0%	0,12-28,12
Alto	3	6,0%	0,75-12,75
NÚMERO DE QUEDA			
Nenhuma queda	29	58,0%	43,97-72,03
1 episódio de queda	9	18,0%	7,07-28,93
2 ou mais episódios de queda	12	24,0%	11,85-36,15
LUGAR DA QUEDA			
Domiciliar	14	28,0%	15,23-40,77
Vias públicas	7	14,0%	4,13-23,87
FRATURA			
Sim	1	2,0%	0,02-5,98
Não	49	98,0%	94,02-101,98

IC 95%= Intervalo de Confiança a 95%

Na tabela 3 foram analisados apenas os idosos que apresentaram episódios de quedas (n=21) e feitas comparações relacionadas a aspectos sociodemográficos (idade, raça e sexo) e clínicos (medicamentos em uso, e presença de patologias cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, ortopédicas, presença de deformidades nos pés, alteração em visão e equilíbrio, presença de depressão, prática de atividade física e uso de dispositivos auxiliares de marcha).

TABELA 3. Relação das quedas com os fatores intrínsecos. Cachoeira, Bahia, Brasil. 2015 (n=21)

VARIÁVEL	n (%)	P
IDADE		
60 à 74 anos	6 (12)	
Mais de 75 anos	15 (30)	0,00*
RAÇA		
Parda	3 (6)	
Branca	1 (2)	
Negra	17 (34)	0,35
SEXO		
Feminino	18 (36)	
Masculino	3 (6)	0,17
USO DE MEDICAMENTOS		
Sim	20 (40)	
Não	1 (2)	0,02*
PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES		
Sim	17 (34)	
Não	4 (8)	0,03*
PATOLOGIAS METABÓLICAS		
Sim	9 (18)	
Não	12 (24)	0,09
PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS		
Sim	0 (0)	
Não	21 (42)	0,04*
PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES		
Sim	4 (8)	
Não	17 (34)	0,34
DEFORMIDADES NOS PÉS		
Sim	14 (42)	
Não	7 (0)	0,04*
VISÃO		
Normal	15(8)	
Alterada	6 (34)	0,93
EQUILÍBRIO		
Normal	5 (14)	
Alterada	16(28)	0,00*
DISPOSITIVOS DE MARCHA		
Sim	1 (30)	
Não	20 (12)	0,23
DEPRESSÃO		
Normal	7(2)	
Alterada	14 (40)	0,93
ATIVIDADE FÍSICA		
Ativo	13(14)	
Sedentário	8 (28)	0,99

IC 95% = Intervalo de Confiança a 95%

DISCUSSÃO

Em relação à prática de exercícios, observou-se que 26% da população idosa pratica exercícios físicos. É notável que haja um decréscimo do nível de atividade física com o envelhecimento, tornando o sedentarismo um fator de risco de morbimortalidade para população idosa.^[7]

Na tabela 2 há um fator preocupante para essa população quanto a futuros episódios de queda. A prevalência foi de 42% daqueles que caíram uma vez ou mais, e os riscos de quedas estão entre médio e alto em 46%. Frente às perdas progressivas do envelhecimento há uma diminuição da capacidade funcional na vida do idoso, o que aumenta o risco para quedas entre eles. Os mais velhos se mostraram mais propensos a sofrer quedas, o que condiz com outros estudos e pode ser justificado, em parte, pela perda de força progressiva decorrente da senescência.^[17] Com relação ao local das quedas, 28% disseram ter caído em seus domicílios, enquanto 14% relataram ter caído em vias públicas. Apesar de ser baixo o

risco para fratura, apenas 2,0%, há uma preocupação quanto ao aumento no risco de quedas em idosos, pois além de fraturas, elas provocam uma série de outras consequências, o que leva à internação hospitalar e até mesmo a óbito, pois a fratura é uma consequência da queda. Estudo com uma amostra maior de idosos demonstra que 12% das quedas resultaram em algum tipo de fratura.^[2]

A tabela 3 apresenta os fatores de risco de maior prevalência para quedas; destacam-se entre eles, com diferença significativa de resultados: a idade, o uso de medicamentos, a presença de alterações cardiovasculares e neurológicas, deformidades nos pés e alterações de equilíbrio. Foram encontradas diferenças significativas nos percentuais de quedas quando comparados em termos de idade (>74 anos= 12% >75 anos= 30% p=0,00). A literatura em âmbito mundial tem registrado aumento na frequência de queda de aproximadamente 40% ao ano em idosos acima de 80 anos e cerca de 30% em idosos com mais de 65 anos no Brasil. A ocorrência de quedas por faixa etária, a cada ano, atinge 32% dos idosos entre 65 e 74 anos; 35% de 75 a 84 anos e 51 acima de 85 anos.^[21] As alterações derivadas do envelhecimento fisiológico acontecem devido aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático entre todas as funções; isso, consequentemente, aumenta o risco para quedas no idoso com o avançar da idade.^[22]

Estudos realizados apontam que as quedas foram mais frequentes entre os idosos que faziam uso de vários fármacos, uma vez que o uso de medicamento tem sido abordado em vários estudos como um dos fatores de risco para o evento da queda. Revela-se um fator de risco na população estudada, pois 40% dos idosos fazem uso de medicamentos, sendo importante a avaliação profissional do uso de polifarmácia no cuidado do idoso e na prevenção das possíveis consequências provindas das quedas.^[3] O consumo de qualquer medicamento pode contribuir para o risco de quedas, por diversos motivos. O uso de medicamentos vem sendo responsabilizado pelo risco de quedas e fraturas em idosos, destacando os que provocam sonolência, alteram o equilíbrio, a tonicidade muscular e/ ou provocam hipotensão, como, por exemplo, os anti- hipertensivos, inibidores da ECA e beta bloqueadores que podem provocar tonturas e hipotensão postural. Assim como os diuréticos que fazem com que o paciente levante à noite para urinar, facilitando assim as quedas.^[23]

Quanto às patologias, existe diferença estatisticamente significativa entre os percentuais de quedas em idosos com e sem as doenças cardiovasculares (sim 40%, não 2%, p= 0,02). Segundo autores, movimentos súbitos e mudanças na posição podem causar uma diminuição no débito cardíaco, resultando em vertigem e perda de equilíbrio (quedas)^[24]. Entre as doenças cardiovasculares, destaca-se a hipertensão. Para pesquisadores, a hipertensão arterial sistêmica é a doença mais comum entre os idosos, sendo que a sua prevalência aumenta progressivamente com a idade e consiste no principal fator de risco para os acidentes vasculares.^[3] O número elevado de comorbidades é com frequência maior em “caidores” quando comparados com idosos sem históricos de quedas. Segundo autores, doenças cardiovasculares, neurológicas, sensoriais e reumatológicas oferecem riscos de quedas. Faz-se necessário um planejamento para intervir e prevenir tais doenças na população.^[19]

Para alguns autores, problemas nos pés, como calos, deformidades, úlceras e dor ao caminhar também contribuem para a gênese da queda.^[19] Os pés constituem-se a base de sustentação do corpo, agindo também na organização proprioceptiva; portanto, qualquer alteração que acometa os pés pode alterar os aspectos relacionados ao equilíbrio e à marcha, alterando a estabilidade do corpo e aumentando o risco para quedas.^[25] A literatura afirma que as alterações do equilíbrio na população idosa são

problemas relativamente comuns e levam a importantes limitações na realização das atividades da vida diária e são, portanto, a principal causa de quedas nesses indivíduos. No presente estudo 32% dos idosos apresentaram alterações no equilíbrio.^[9] O controle do equilíbrio requer a manutenção do centro da gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas. Esse processo ocorre, sobretudo, de forma eficaz pela ação dos sistemas visual, vestibular e somatosensorial. Com o envelhecimento, esses sistemas são afetados e várias etapas do controle postural podem ser suprimidas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, o que leva a um aumento da instabilidade e, conseqüentemente, ao risco de quedas.^[16]

CONCLUSÃO

Observa-se que a frequência de quedas foi elevada na população idosa e que fatores como idade maior que 75 anos, presença de patologias cardiovasculares e neurológicas, bem como presença de deformidades nos pés e alterações no equilíbrio se relacionam com os episódios de queda. Sugere-se em novos estudos a investigação de fatores preditores independentes das quedas na população idosa

Apoio financeiro: Este estudo não teve fontes de financiamento externas.

Divulgação: Os autores declaram que não há conflito de interesses e tiveram pleno acesso aos dados, assumindo a responsabilidade por sua integridade.

REFERÊNCIAS

1. Pereira A et al. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão Psiconeuroendocrinologica. Ciências e Cognição. 2004 mar; 1 (1): 34-53
2. Sgnaolin V et al. Hematological parameters and prevalence of anemia among free-living elderly in south Brazil. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. São José do Rio Preto 2013 vol.35 no.2
3. Jahana KO; Diogo MJDE. Quedas em idosos: principais causas e conseqüências. Saúde coletiva. 2007 bimestral; 17(4): 148-153
4. Pinto C, et al. Fatores de risco de quedas em idosos: produção científica em periódicos on line no âmbito da saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012; 16 (3): 445-52
5. Perracini MR; Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Revista Saúde Pública. 2002 ago; 36 (6): 709-16
6. Nascimento JS; Tavares DMS. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. Florianópolis. 2016 Jun. 25(2):25-34.
7. Mazzo GZ et al. condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2007 nov/dez; 11 (6): 437-442

8. Pitanga, FJG. Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde. 2.ed. São Paulo: phorte editora LTDA, 2004.
9. Buksman S et al. Quedas em idosos: prevenção. Autoria: sociedade Brasileira de geriatria. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 26 de outubro de 2008.
10. Almeida OP; Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.
11. Carneiro et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. 2007; 20(2): 229-37
12. Guimaraes LHCT et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista Neurociência*. 2004 abr/jun; 12 (2): 68-72
13. Pardini R et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2001 jul; 9 (3): 45-51
14. Wagmacker DS; Pitanga FJG. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*. 2007 out. 15(1): 69-74
15. Noblat ACB; Lopes MB; Lopes AA. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2004 jun; 82 (2):111-5
16. Figliolino A.M et al. Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2009 12 (2): 227-238
17. Rebelato JR et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2006 ago; 10 (1): 127-132
18. Ribeiro AP et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008 jul/ago; 13 (4):1265-1273
19. Alvares et al. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. 2010 jan; 26 (1): 31-40
20. Siqueira FV et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista Saúde Pública*. 2007 mai; 41 (5): 749-56

21. Beneditti TRB et al. Atividade física e prevalência de quedas em idosos residentes no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2008 mai; 11 (2): 145-154
22. Cancela DMG. O processo de envelhecimento. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2007.
23. Miranda RV; Mota, VP; Borges MMMC. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Revista Enfermagem Integrada*. 2010 jul/ago; 3 (1): 453-464
24. Passos JS; Santos MN. Correlação da atividade física e o risco de quedas em idosas independentes. [trabalho de conclusão de curso]. Belém: Universidade da Amazônia, curso de fisioterapia Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 2010
25. Santos JG. Quedas nos idosos. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Fernando Pessoa.

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde.

A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Leinº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos.

Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word.

Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

Máximo de autores – 06 autores.

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.

- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;
- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;
- Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao editor”.
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
7. Li o item “Diretrizes Para Autores”

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.