**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

**Aparecida Carmem de Oliveira**

# O idoso na Unidade de Emergência: perfil em um Hospital Universitário

Vassouras
2018

**Aparecida Carmem de Oliveira**

# O idoso na Unidade de Emergência: perfil em um Hospital Universitário

Trabalho Final apresentado à Coordenação do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso, Universidade de Vassouras
Doutor pela PUC-RJ – Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2018

**Aparecida Carmem de Oliveira**

# O idoso na Unidade de Emergência: perfil em um Hospital Universitário

Trabalho Final apresentado à Coordenação do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Banca Examinadora:

Orientador:
Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso, Universidade de Vassouras
Doutor pela PUC-Rio – Rio de Janeiro, Brasil

Profa. Dra. Maria Cristina de Almeida, Universidade de Vassouras
Doutora pela Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic – São Paulo, Brasil)

Prof. Dr. Rossano Kepler Alvim Fiorelli, UNIRIO
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2018

Oliveira, Aparecida Carmem de
Ol41i O idoso na Unidade de Emergência : perfil em um hospital universitário / Aparecida Carmem de Oliveira. - Vassouras, 2018.
vii : 32 f. : il. ; 29,7 cm.

Orientador: Carlos Eduardo Cardoso.
Dissertação (Mestrado) - Ciências Aplicadas em Saúde, Universidade de Vassouras, 2018.
Inclui bibliografias e anexos.

1. Ciências médicas. 2. Idosos. 3. Geriatria. 4. Epidemiologia. I. Cardoso, Carlos Eduardo. II. Universidade de Vassouras. III. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula
Bibliotecária CRB-7 -

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado, em especial, às minhas filhas, **Isabella e Sophia,** que me empurraram e me incentivaram diariamente para que eu saísse da inércia e me movimentasse, continuamente, para a realização dos meus sonhos. Ao meu marido, **Gerson**, pela compreensão nas minhas ausências. Aos exemplos de meus pais, **Waldir e Cidinha**, que acreditam na força do trabalho árduo e comprometido. À minha irmã,**Rosária,** pelo incentivo ao retorno às atividades científicas. Também àqueles que contribuíram, no passado longínquo, para a profissional que me tornei, e claro, aos professores e doutores, **Prof. Paulo Dias da Costa e Prof. Yukio Moriguchi.**

**AGRADECIMENTOS**

**Ao Prof. Carlos Eduardo Cardoso,** por ter me dado o privilégio de ser meu orientador.

**Ao Prof. Eduardo Tavares Lima Trajano,** pelo apoio, disponibilidade e incentivo na elaboração deste projeto.

**Aos meus queridos e respeitados alunos da Liga de Geriatria,** pelo companheirismo, paciência e respeito nas diversas horas da biblioteca.

**Aos amigos Sra. Alba Valéria e todos os seus colaboradores** pela leveza no ambiente de trabalho para a coleta dos dados.

**A minha grande incentivadora Joyce de Paula,** pela dedicação e competência ao longo destes últimos anos.

Ao pensar nos caminhos percorridos até aqui,seria impossível agradecer a todas as pessoas que, de uma forma indireta ou direta, contribuíram para a apresentação deste trabalho.

**RESUMO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno complexo, multifatorial e mundial que ocorre de forma acelerada. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo, com 32 milhões de indivíduos, o que representará 13% do total da população do país. Assim, este trabalho teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos assistidos na Unidade de Urgência e Emergência (UE) de um Hospital Universitário (Hospital Universitário de Vassouras - HUV) no ano de 2016. Pretendeu-se, também, identificar as enfermidades que mais acometem estes idosos e, a partir daí, elaborar estratégias de educação em saúde para a prevenção destas enfermidades. Ficou evidenciado, que as enfermidades cardiovasculares possuem maior prevalência (17%). As enfermidades respiratórias não mostraram elevado percentual de acometimento (3,3%) e cerca de um terço dos idosos (30,1%) foi diagnosticado com enfermidades variadas e comumente não graves. O grupo de enfermidades do trato geniturinário apresentou a menor proporção de pacientes (1,3%) e 317 (9,1%) idosos possuíam hipertensão arterial e 96 (2,8%) diabetes mellitus. Em relação aos eventos traumáticos, predominaram aqueles decorrentes de mecanismo não intencional e as quedas da própria altura (4,3%) apresentaram-se como a principal causa de trauma. A partir do perfil epidemiológico levantado, foram elaborados os produtos técnico-científicos Cartilha, Vídeo e Oficina de Educação em Saúde, posteriormente aplicados para idosos de Vassouras, Barra do Piraí e Rio das Flores (RJ). Pode-se concluir, portanto, que a educação em saúde é a melhor estratégia de prevenção para os idosos.

**Palavras-chave**: enfermidades geriátricas; idoso; perfil epidemiológico.

**ABSTRACT**

Population aging is a complex phenomenon that occurs in an accelerated way. It is estimated that in 2025, Brazil will have the sixth largest population of elderly people in the world, with 32 million individuals, which will represent 13% of the country's total population. The aim of this study was to identify the epidemiological profile of the elderly patients assisted at the Emergency and Urgency Unit (EU) of a University Hospital (Vassouras University Hospital - HUV) in 2016. It was also intended to identify the diseases which most affect these elderly and, from there, to develop health education strategies for the prevention of these diseases. It was evidenced that cardiovascular diseases have a higher prevalence (17%). Respiratory diseases did not show a high percentage of involvement (3.3%) and about one third of the elderly (30.1%) were diagnosed with a variety of diseases, which were not usually severe. The genitourinary tract group had the lowest proportion of patients (1.3%) and 317 (9.1%) had arterial hypertension and 96 (2.8%) had diabetes mellitus. In relation to traumatic events, those resulting from an unintentional mechanism predominated, and falls from the height itself (4.3%) were the main cause of trauma. From the epidemiological profile raised, the technical-scientific products Folder, Vídeo and Whorkshop were elaborated, later applied to the elderly of Vassouras, Barra do Piraí and Rio das Flores cities (RJ). It can be concluded, therefore, that health education is the best prevention strategy for the elderly.

**Key-words:** epidemiological profile; geriatric diseases; old people.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de produção das cartilhas. ..... 15
Figura 2: Fluxograma de operacionalização das oficinas de educação em saúde para idosos. 17

**SUMÁRIO**


1. CONTEXTO 10
2. OBJETIVOS 13
3. MÉTODOS 14
3.1. Desenho do estudo 14
3.2. Desenvolvimento de material informativo (cartilha) sobre os temas "hipertensão arterial","diabetes" e "quedas". 15
3.3. Produção de vídeo educativo para a promoção da saúde: "Quedas: posso prevenir sempre?". 15
3.4. Elaboração e operacionalização de oficinas de educação em saúde 16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 18
5. PRODUTOS 22
5.1 Material informativo (cartilha) sobre os temas "hipertensão arterial", "diabetes" e "quedas". 22
5.2 Vídeo educativo para a promoção da saúde: "Quedas: Posso prevenir sempre?" 23
5.3 Operacionalização de oficinas de educação em saúde 24
5.4 Capítulo de livro 25
6 APLICABILIDADE 26
7 IMPACTO PARA A SOCIEDADE 27
8 CONCLUSÃO 28
REFERÊNCIAS 29
APÊNDICES 31
APÊNDICE I 32
APÊNDICE II 81

## 1. CONTEXTO

O envelhecimento populacional é um fenômeno complexo, multifatorial e mundial que ocorre de forma acelerada. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo, com 32 milhões de indivíduos, o que representará 13% do total da população do país[1]. Em uma outra projeção, Stein e colaboradores[2] reportaram que a população idosa no Brasil, em 2050, representará a nona do mundo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando os 30,2 milhões em 2017 [3]. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva deste contexto, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44%)[3]. Esta tendência, chamada de feminização do envelhecimento, é observada no Brasil e no mundo e aponta para a necessidade tanto de medidas preventivas, quanto para o tratamento das enfermidades desta população específica.

Ainda segundo o IBGE, entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambos com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais[3].

Entre os pacientes com mais de 65 anos, uma faixa etária vem assumindo uma proporção progressivamente maior: aqueles com mais de 80 anos, os chamados de Grandes Idosos ou Idosos muito idosos[4]. Em 2014, cerca de 841 milhões de pessoas no mundo apresentavam idade acima de 60 anos[5,6]. É de se esperar, portanto, que uma significativa parcela deste grupo necessite de algum tipo de abordagem nas Unidades de Emergência, além de intervenções cirúrgicas de médio e de grande porte.

O envelhecimento acarreta a deterioração progressiva das funções orgânicas, principalmente quando associadas às múltiplas comorbidades[2]. A idade *per se* não pode servir de justificativa para a contraindicaçãode qualquer procedimento. Muito mais importante, são as condições clínicas do paciente que refletem seu grau de independência, autonomia e sua relação com a família e com meio social. Pode-se afirmar que o conceito de saúde para essa população se define não pela ausência de doença, mas pela competência funcional que o indivíduo apresenta[7]. O *status* funcional é definido como a capacidade em realizar as atividades de vida – estabelecida pela Escala de Katz (escala de AVD). É um aspecto chave

de qualidade de vida, um forte preditor de sobrevivência e um determinante das necessidades da assistência e cuidados de saúde como um todo[8].

Uma característica básica do envelhecimento é a diminuição da capacidade de recuperar a homeostase (habilidade de manter o meio interno do organismo em um equilíbrio, independentemente das alterações que ocorram no ambiente externo), quando se está exposto a estressores externos. Consequentemente, pacientes idosos têm menor reserva funcional e evoluem de maneira desfavorável quando acometidos por afecções graves[9]. Desta forma, o processo de envelhecimento é uma realidade acompanhada da mudança no perfil de saúde da população, com destaque para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que resultam em maior demanda por serviços de saúde e associação com perda de autonomia, piora da qualidade de vida e aumento da mortalidade dos idosos[1].

Com o envelhecimento fisiológico, observa-se um aumento na proporção de gordura corporal, diminuição da massa muscular e esquelética e redução da água intracelular. Decorrente dessas alterações funcionais, a afinidade dos medicamentos por tecido gorduroso ou água também sofrerá mudanças, o que por sua vez provocará variações no modo de ação e nos efeitos adversos destes medicamentos de acordo com a idade do paciente[10].

Desta forma, medicamentos lipofílicos terão um volume de distribuição maior e exigirão um tempo maior para atingir o órgão efetor. Em contrapartida, demorarão um tempo maior para serem metabolizadas e excretados. Diante de tais alterações, não é incomum que idosos submetidos aos fármacos lipossolúveis tenham um volume de distribuição maior do que os mais jovens, o que resultará num depósito tissular maior que no plasma. De tal modo, haverá maior período de liberação tecidual do medicamento e maior tempo de ação da droga. Já os medicamentos hidrofílicos terão volume de distribuição menor e doses tóxicas poderão ser atingidas com doses usuais nos idosos, o que torna necessário administrar medicamentos em pequenasdoses progressivas à população idosa, principalmente nas Unidades de Emergência[11].

Em estudo realizado no Sul do Brasil[12], verificou-se que 17,4% dos pacientes assistidos em uma Unidade Pública de Emergência tinham idade superior a 65 anos. Quanto à gravidade de saúde da clientela na admissão, 14% dos idosos foram classificados como baixo risco, 79% como risco intermediário, 5% como alto risco e 1,8% com necessidade de atendimento imediato. Os problemas de saúde que levaram essa população a procurar os serviços de emergência estavam associados a condições crônicas agudizadas, principalmente, as que envolviam o aparelho cardiovascular[12].

Adicionalmente, os acidentes e violências também estão entre as principais causas de morte na população jovem e adulta e merecem atenção na população idosa. É notório que o

avanço tecnológico tem contribuído para o aumento da qualidade de vida, mas também ameaça os idosos[13], uma vez que dissemina agentes causadores de lesões (meios de transportes, maquinário agrícola e industrial, armas de fogo, entre outros) e permite que os idosos dirijam, realizem exercícios físicos, viajem e continuem trabalhando, a despeito dos problemas de saúde concomitantes[14]. Deste modo, a melhoria da expectativa de vida, acrescida da melhoria da qualidade de vida do idoso, tem propiciado a independência funcional com consequência a maior exposição aos riscos de trauma.

A morte decorrente do trauma é um grande problema de saúde no mundo, figurando entre as cinco principais causas de morte. Ao comparar o restante da população com os idosos, observa-se que estes últimos são mais suscetíveis às enfermidades e ao trauma[13].

Embora o trauma seja mais frequente nas pessoas jovens e as emergências geriátricas sejam, geralmente, clínicas, o número de idosos traumatizados é relevante e lesões que poderiam ser facilmente toleradas por pacientes mais jovens podem resultar em índices consideráveis de mortalidade nos idosos. O trauma se apresenta atualmente como a quinta causa de morte na população idosa, sendo que o envelhecimento influencia diretamente o aumento das taxas de morbidade e mortalidade.

Há necessidade, portanto, que o modelo da atenção ao idoso se baseie em cuidados interdisciplinares, em educação, em saúde e em protocolos baseados em evidencias para as grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, incapacidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade de comunicação)[15].

## 2. OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil dos pacientes idosos assistidos na Unidade de Urgência e Emergência (UE) de um Hospital Universitário (Hospital Universitário de Vassouras - HUV) no ano de 2016.

Mais especificamente, pretendeu-se identificar as enfermidades que mais acometem estes idosos e, a partir daí, elaborar estratégias de educação em saúde para a prevenção destas enfermidades.

## 3. MÉTODOS

### 3.1. Desenho do estudo

O presente trabalho é pautado em um estudo quantitativo, retrospectivo e transversal, realizado na UE do Hospital Universitário de Vassouras (HUV), localizado em Vassouras, município do Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2016. Realizou-se um estudo observacional, onde os pesquisadores simplesmente observaram os boletins de atendimento médico (BAM) do HUV (3.487 BAM), as características da doença ali relatadas e suas evoluções, sem intervir ou modificar qualquer aspecto estudado.

O perfil estudado foi o do indivíduo considerado idoso e atendido na referida UE, no ano de 2016, e a amostra foi determinada pelo critério de amostragem não probabilística por conveniência. Como critérios de inclusão e exclusão, adotou-se o seguinte:

Critérios de inclusão: indivíduos acima de 60 anos; ter sido atendido na UE do HUV com diagnóstico clínico e/ou cirúrgico; O BAM estar preenchido com letra legível para o diagnóstico clínico e/ou cirúrgico, assim como o número do CID 10 (Código Internacional de Doenças); Não haver rasura ou uso de canetas corretivas no preenchimento do BAM.

Critérios de exclusão: indivíduos abaixo de 60 anos; O paciente não ter sido atendido na UE do HUV; O idoso ter tido atendimento nos Serviços Ambulatoriais do HUV; O BAM estar preenchido com letra ilegível para o diagnóstico clinico e/ou cirúrgico; Ilegibilidade dos números do CID 10; haver rasura ou uso de canetas corretivas no preenchimento do BAM.

Os dados foram coletados nos prontuários e fichas de atendimento do ano de 2016 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Vassouras (CAAE: 75723417.1.0000.5290). A coleta dos dados foi realizada com o uso de instrumento composto por questões de caracterização pessoal e da enfermidade. Os dados foram tabulados com auxílio do Software Excel 2007. Para tratamento dos dados optou-se pelo uso da estatística descritiva, tabelas de frequência e percentual e uso de gráficos. Os estudos de prevalência resultaram do cálculo da proporção entre o número de pessoas acometidas e o total de indivíduos estudados. A partir do perfil epidemiológico levantado e das enfermidades de maior ocorrência, foram elaborados os produtos técnico-científicos (cartilha, vídeo e oficina de educação em saúde).

### 3.2. Desenvolvimento de material informativo (cartilha) sobre os temas "hipertensão arterial","diabetes" e "quedas".

As cartilhas foram desenvolvidas em cinco etapas, de acordo com a Figura 1, no período de fevereiro de 2017 a julho de 2018.

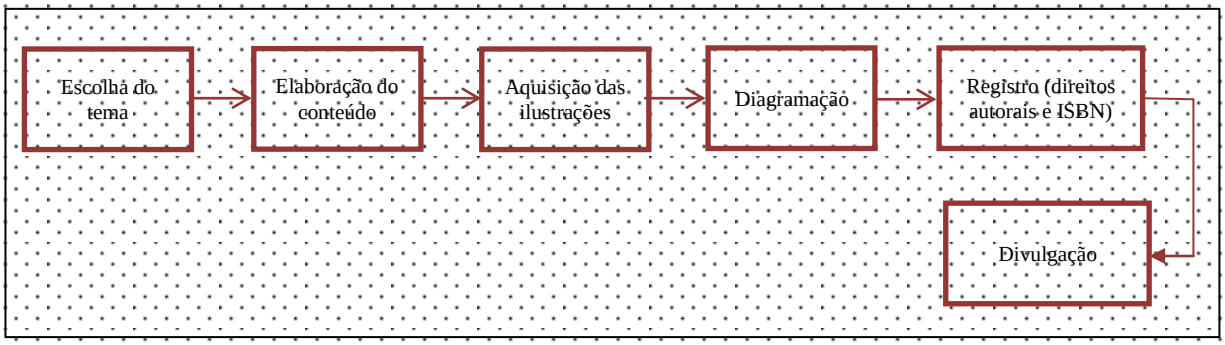



Figura 1: Fluxograma de produção das cartilhas.

A primeira etapa foi baseada no levantamento do perfil epidemiológico dos idosos assistidos na UE do HUV, no ano de 2016, conforme descrito no item 3.1. Os dados obtidos foram utilizados para direcionar a elaboração dos tópicos das cartilhas e de seus conteúdos principais. A elaboração do conteúdo foi baseada em uma revisão de literatura e as imagens que se encaixavam no roteiro foram adquiridas pelos pesquisadores através da Interagir Editora (http://www.interagireditora.com.br - Rua Celso Moreira Fontes, 39 – João Dias - Valença - RJ - CEP 27.600-000). Após revisão da primeira versão das cartilhas pelos pesquisadores, esta foi enviada à Interagir Editora para diagramação e obtenção do ISBN. O registro dos direitos autorais foi solicitado ao Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT) da Universidade de Vassouras.

### 3.3. Produção de vídeo educativo para a promoção da saúde: "Quedas: posso prevenir sempre?".

Tratou-se de um estudo de desenvolvimento de tecnologia elaborado em três etapas: pré-produção, produção e pós-produção, no período de junho a julho de 2018. As gravações foram realizadas em um consultório médico que presta atendimento a pacientes adultos, idosos e muito idosos (Consultório de Aparecida Carmem de Oliveira, Praça Sebastião de Lacerda nº 15, Centro, Vassouras, RJ). O ambiente externo apresenta escadas na parte anterior e posterior e conta com rampa de acesso para portadores de necessidades especiais. No

ambiente interno não há escadas, não há rampas e há salas para o atendimento médico com boa iluminação.

A pré-produção consistiu da elaboração do roteiro do vídeo. Para isso, pesquisou-se na literatura as principais causas e medidas preventivas relacionadas ao tema "quedas" para idosos. As etapas de produção e pós-produção do vídeo contaram com o trabalho da Interagir Editora, especializada na área de produção de vídeos. Participaram das gravações cinco atores amadores, todos acadêmicos de medicina da Universidade de Vassouras e membros da Liga Acadêmica de Geriatria, sob supervisão da Editora, do pesquisador e seu orientador. As filmagens foram realizadas em um único dia.

Após a produção do vídeo, o material bruto obtido nas fases anteriores foi editado para obtenção do produto final (vídeo educativo). A edição do vídeo (pós-produção) foi realizada com auxílio dos softwares Adobe Photoshop e iMovie, que permitiram a seleção, edição eorganização das cenas, escolha e inserção da trilha sonora e edição dos efeitos visuais, legendas e figuras.

Todos os atores cederam o uso da imagem para a Universidade de Vassouras. Após a finalização, o vídeo foi disponibilizado na página do Vimeo, site de compartilhamento de vídeos onde se pode fazer *upload*, partilhar e ver vídeos.

### 3.4. Elaboração e operacionalização de oficinas de educação em saúde

Foram realizadas atividades educativas para idosos nas igrejas Segunda Igreja Batista de Barra do Piraí (bairro Matadouro, Barra do Pirai, RJ) no dia 16 de junho de 2018 e na Igreja Metodista de Rio das Flores (bairro Centro, Rio das Flores, RJ) no dia 21 de julho de 2018 e em espaços públicos e privados. Após envio de carta-convite para as instituições escolhidas, as ações ocorreram nas dependências das igrejas e em tendas montadas especificamente para este fim, nos meses de junho e julho de 2018, com duração média de duas horas, utilizando-se como estratégia de intervenção a oficina. Foi oportunizada a criação de espaço de reflexão e de integração com as atividades de forma ativa. As ações realizadas foram voltadas para os idosos através do processo de educação em saúde, priorizando-se autonomia, dialogo e problematização. A metodologia empregada nas igrejas e na praça da Estação Ferroviária de Vassouras (bairro Centro, Vassouras RJ), envolveu cinco etapas (Figura 2):

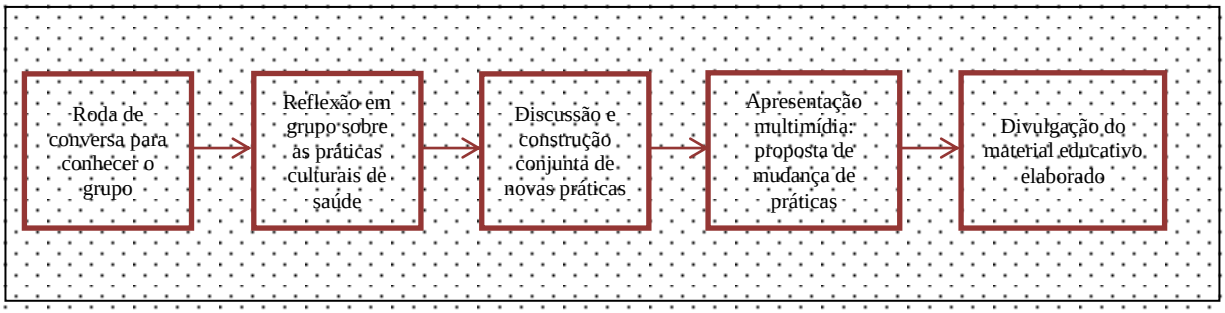



Figura 2: Fluxograma de operacionalização das oficinas de educação em saúde para idosos.

Nas ações desenvolvidas nos espaços externos (públicos e privados), cumpriu-se o seguinte roteiro em sete etapas:

1ª etapa: solicitação formal de utilização dos espaços;

2ª etapa: revisão dos temas a serem abordados na ação de rua (hipertensão arterial, diabetes mellitus e quedas em idosos);

3ª etapa: solicitação de material educativo impresso, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e demais materiais envolvidos (estetoscópios, esfigmomanômetros, canetas, pranchetas, fitas, mesas, cadeiras);

4ª etapa: montagem da tenda (Pró-Reitoria de Extensão Universitária da Universidade de Vassouras), incluindo *banners* informativos e decoração;

5ª etapa: leitura, entrega do TCLE e coleta de assinatura ou digital;

6ª etapa: aferição da pressão arterial, discussão e aplicação de questões sobre quedas e diabetes e roda de conversa;

7ª etapa: registro fotográfico da atividade.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contemplou 3487 idosos dos quais 2528 (72,5%) residiam na cidade de Vassouras e 959 (27,5%) em cidades vizinhas. A faixa etária predominante foi a de 60 a69anos, seguida pela faixa etária de 70 a 79 anos (Tabela 1). Do total, 1969 pacientes eram do gênero feminino (56,5%) e 1518 (43,5%) do gênero masculino. Outros autores já reportaram que as mulheres acima de 60 anos tendem a utilizar mais os serviços de saúde do que os homens[16]. Destaca-se, também, a feminização do envelhecimento populacional e uma diferença na mortalidade quando comparado aos homens e mulheres idosos.Tal observação se deve, muito provavelmente, ao fato de as mulheres buscarem assistência médica com mais frequência ao longo da vida, investindo mais em prevenção e, consequentemente, aumentando a expectativa de vida[16]. Adicionalmente, as mulheres vivem mais devido a diferentes fatores, tais como maior proteção cardiovascular, menor consumo de álcool e tabaco.

Tabela 1: Faixa etária dos idosos atendidos na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Universitário de Vassouras em 2016.

| | 60 – 69 | 70 – 79 | 80 – 89 | 90 – 99 | >100 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 1522 | 1200 | 617 | 140 | 8 | 3487 |
| % | 43,6 | 34,4 | 17,7 | 4,0 | 0,2 | 100,0 |

Uma parcela relevante da amostra (2234 pacientes, 64,1%) possuía outra enfermidade além da patologia de admissão na UE. Entre estes, 726 (20,8%) idosos possuíam hipertensão arterial e 254 (7,3%) diabetes mellitus.

As enfermidades diagnosticadas nos idosos na UE do HUV em 2016 foram divididas em doze grupos que reuniram os apontamentos feitos nos BAM :

I. Enfermidades cardiovasculares: hipertensão arterial (HAS), hipotensão arterial, hipotensão, choque, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), angina, dor precordial, prótese valvar, angioplastia, aferição da pressão arterial, fibrilação atrial, arritmia cardíaca, cirurgia de revascularização, lipotimia, síncope, CAT recente (cineangiocoronariografia - cateterismo), necrose pé, taquicardia, bradicardia;
II. Enfermidades respiratórias: pneumonia, gripe, resfriado, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), embolia pulmonar, asma brônquica, asma e epistaxe;

III. Enfermidades traumatológicas: fratura, entorse, queda, ferida corto contusa, ferida perfuro cortante, ferida, mordedura, acidente, trauma e hematoma;

IV. Enfermidades neurológicas e psiquiátricas: acidente vascular encefálico (AVE), ataque isquêmico transitório (AIT), síndrome demencial, demência, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, sincope, convulsões, epilepsia, depressão, ansiedade, desorientação, coma, esquizofrenia, esclerose lateral amiotrófica (ELA), cefaleia, dor de cabeça, confusão mental, stress pós-traumático e delirium;

V. Enfermidadesdo aparelho digestivo: hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva baixa, hematoquesia, hemorroida, prolapso retal, enterorragia, náuseas, vômitos, intoxicação alimentar, dispepsia, gastrite, constipação intestinal, fecaloma, diarréia, incontinência fecal, tenesmo, dor anal, dor intestino, dor epigástrica, dor abdominal, hernia umbilical, hernia abdominal, diverticulite, gastrostomia, cateter nasoentérico, diverticulose, colecistite e litiase biliar;

VI. Enfermidades dermatológicas: exantema e eritema;

VII. Enfermidades infecciosas (que não as respiratórias): infecção urinaria, sepse, infecção ferida,operatória, dengue, zika, chikungunya, infecção pé, abscesso, conjuntivite, infecção unha, celulite, furunculose, erisipela, herpes, colecistite, febre, pneumonia, faringite, amigdalite, miíase, otite, sinusite, meningite e dor garganta;

VIII. Enfermidades do trato geniturinário: incontinência urinaria, troca de sonda vesical, sonda vesical, hiperplasia benigna próstata (HBP), disúria, bexigomae litíase renal;

IX. Enfermidades endócrinas: diabetes mellitus (DM), cetoacidose diabética, hiperglicemia, hipotireoidismo e hipertireoidismo;

X. Enfermidadesdo aparelho osteoarticular: osteoatrite, osteoartrose, osteoporose, dor óssea, dor osteoarticular, artrite reumatoide, lúpus eartralgia.

XI. Enfermidades oncológicas: carcinoma, carcinomatose, adenocarcinoma, linfoma, leucemia e tumores;

XII. Outras enfermidades ou queixas.

No agrupamento destes idosos, segundo as enfermidades diagnosticadas (Tabela 2), pode-se perceber que em nenhum dos grupos a quantidade de homens foi maior do que a de mulheres.

Tabela 2: Classificação dos idosos atendidos na UE do HUV em 2016 em Grupos segundo as enfermidades relatadas nos BAM no momento da admissão.

| Grupo | Mulheres | | Homens | | Total | | Prevalência |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | % |
| I | 369 | 18,5 | 237 | 15,9 | 606 | 17,4 | 17 |
| II | 76 | 3,8 | 40 | 2,7 | 116 | 3,3 | 3 |
| III | 161 | 8,1 | 114 | 7,6 | 275 | 7,9 | 8 |
| IV | 94 | 4,7 | 79 | 5,3 | 173 | 5,0 | 5 |
| V | 206 | 10,3 | 179 | 12,0 | 385 | 11,0 | 11 |
| VI | 33 | 1,7 | 20 | 1,3 | 53 | 1,5 | 2 |
| VII | 182 | 9,1 | 133 | 8,9 | 315 | 9,0 | 9 |
| VIII | 36 | 1,8 | 11 | 0,7 | 47 | 1,3 | 1 |
| IX | 226 | 11,3 | 126 | 8,4 | 352 | 10,1 | 10 |
| X | 37 | 1,9 | 20 | 1,3 | 57 | 1,6 | 2 |
| XI | 37 | 1,9 | 20 | 1,3 | 57 | 1,6 | 2 |
| XII | 535 | 26,9 | 516 | 34,5 | 1051 | 30,1 | 30 |
| Total | 1992 | 100,0 | 1495 | 100,0 | 3487 | 100,0 | |

As enfermidades cardiovasculares são a principal causa de mortes em todo o mundo[17], sendo responsáveis por 20% das mortes no Brasil. Estimativas de 2017 demonstraram que países em desenvolvimento foram os mais afetados. Programas de prevenção às enfermidades cardiovasculares foram implementados em países da América Latina, tais como Argentina, Chile e Brasil por meio de políticas públicas de conscientização sobre o controle da pressão arterial e contra o uso do tabaco[18].

A análise da Tabela 2 permitiu identificar que a maioria das idosas (18,5%) foi diagnosticada com enfermidades do Grupo I (cardiovasculares), assim como os idosos, em menor proporção (15,9%). Também ficou evidenciado, que as enfermidades cardiovasculares possuem maior prevalência (17%).

As enfermidades respiratórias (Grupo II), apesar de importante causa de internação e óbito, principalmente naqueles pacientes em faixa etária mais avançada, não mostraram elevado percentual de acometimento (3,3%).

Aproximadamente um terço dos idosos (30,1%) investigados neste estudo foi diagnosticado como grupo XII, que reúne enfermidades variadas e comumente não graves. Estes dados mostram que existe uma relevante parcela de pacientes não urgentes que são rotineiramente consultados na UE, superlotando-a. Em relação a estas enfermidades menos graves, homens e mulheres apresentaram comportamento semelhante, demonstrando similaridade no perfil do atendimento.

Considerando o total de idosos, o grupo VIII (enfermidades do trato geniturinário) apresentou a menor proporção de pacientes (1,3%), assim como as enfermidades reunidas nos Grupos VI (1,5%), X (1,6%) e XI (1,6%).

Ainda quanto à patologia de admissão, 317 (9,1%) idosos possuíam hipertensão arterial e 96 (2,8%) diabetes mellitus, apesar de 10,1% apresentarem problemas endócrinos (Grupo IX). Pode-se perceber, portanto, que a amostra concentrou um número reduzido de pacientes com queixas relacionadas à diabetes (no momento da admissão na UE). Tal fato pode estar relacionado à possibilidade desses idosos já apresentarem a doença sob o controle de medicamentos ou, ainda, por desconhecerem o problema. Entretanto, a anamnese destes pacientes revelou que 64,1% dos idosos admitidos na UE do HUV possuíam comorbidades. Entre estas, a hipertensão arterial foi a de maior acometimento (20,8%), seguida da diabetes melitus (7,3%).

Em relação aos eventos traumáticos, predominaram aqueles decorrentes de mecanismo não intencional e as quedas da própria altura (4,3%) apresentaram-se como a principal causa de trauma. Identificou-se nesse estudo, ainda, a presença de idosos vitimados por quedas (andaimes, cama, telhados, escadas, ônibus, moto e cavalo) que não foram da própria altura (0,4%). Esses dados podem ser correlacionados com a manutenção da independência funcional que permitem aos idosos a execução de atividades que consequentemente os tornam mais suscetíveis aos acidentes.

As quedas figuram como uma intercorrência de significativa importância para os idosos, causando desde pequenas escoriações até traumatismos, fraturas diversas e de quadril, sendo essas últimas muitas vezes causa de óbito[19]. Segundo Paranhos (2007), a queda pode ser considerada como um indicativo de declínio das funções ou sintoma de uma nova patologia[20]. As fraturas causadas por quedas são responsáveis por cerca de 70% das mortes acidentais em idosos e estes são hospitalizados 10 vezes mais do que as crianças[2020]. Também é importante destacar que um número bastante significativo (781 pacientes) relatou sentir algum tipo de dor.

Desta forma, a prevenção das quedas e das enfermidades que mais acometem os idosos pode ser feita com ações que envolvam desde o conhecimento da relação do idoso com o meio onde vive, até intervenções preventivas nas esferas de comportamento, hábitos alimentares e atividades de esporte e lazer[19].

## 5. PRODUTOS

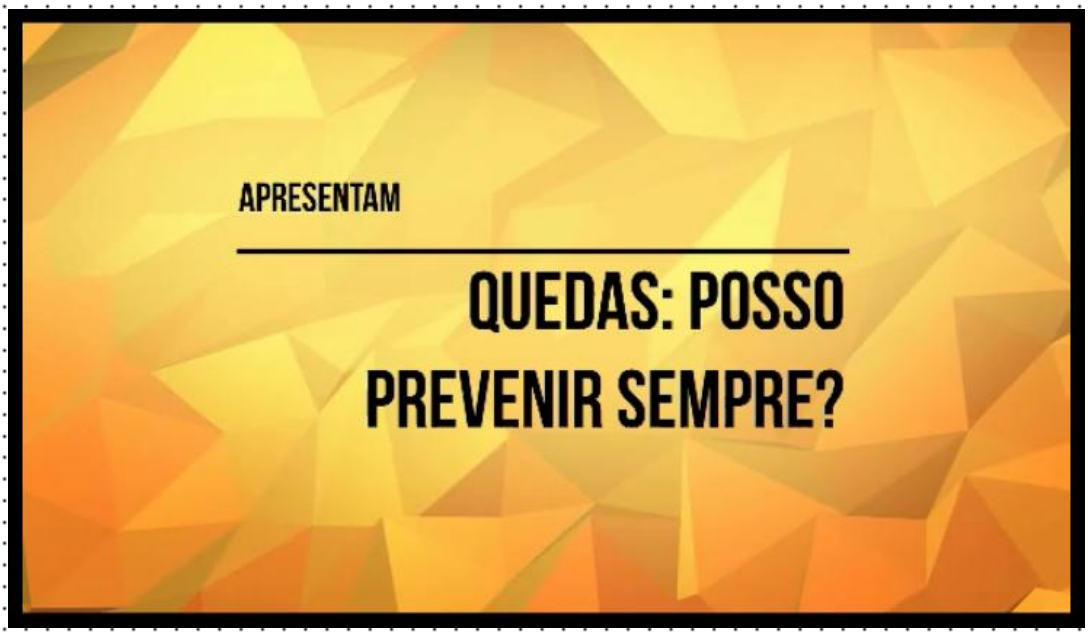
### 5.1 Material informativo (cartilha) sobre os temas “hipertensão arterial”, “diabetes” e “quedas”.

Apêndice I.

## 5.2 Vídeo educativo para a promoção da saúde: “Quedas: Posso prevenir sempre?”

Vídeo disponível em:

https://vimeo.com/274753400



## 5.3 Operacionalização de oficinas de educação em saúde

**Oficinas em Vassouras, RJ**

**Oficinas em Barra do Piraí, RJ**

**Oficinas em Rio das Flores, RJ**

Obs: atas de presença em anexo.

## 5.4 Capítulo de livro

Tratou-se de material desenvolvido na disciplina "Pedagogia para o Ensino na Área da Saúde", que objetiva capacitar o mestrando para a elaboração de projetos educativos na área da saúde (Apêndice II).

O manual produzido (Educação em Saúde: compartilhando saberes com a comunidade) utilizou a metodologia problematizadora em sua concepção pedagógica, a fim de que as atividades considerassem os saberes populares, as crenças, os valores e as experiências dos participantes durante a sua realização. As atividades foram concebidas para serem operacionalizadas pelos estudantes dos cursos de graduação em saúde (com a participação das equipes dos serviços de saúde e sob supervisão docente) nos espaços coletivos e equipamentos sociais do território das Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), excelentes cenários de prática para o processo de ensino-aprendizagem. A seleção dos temas baseou-se na realidade epidemiológica local e nas necessidades de saúde das pessoas.

## 6 APLICABILIDADE

No contexto aqui apresentado, pode-se dizer que os resultados deste trabalho são frutos não somente da observação de quem fez a pesquisa, mas também da prática profissional que permeou o desenho do estudo e a análise dos resultados. Desta forma, os produtos técnico-científicos resultantes possuem forte relação e compromisso com a difusão do conhecimento e com a aplicação deste. As cartilhas e o livro, o vídeo educativo e as oficinas compõem um campo específico de contribuição ao entendimento do perfil dos idosos assistidos pelo HUV que levam a novas elaborações e a novas práticas no ambiente de atendimento hospitalar e fora dele.

Os produtos técnico-científicos aqui elaborados foram gerados para a aplicação em espaços não formais de ensino (o que não impede o contrário, naturalmente) que se destinam a melhoria da prática profissional em uma UE de um hospital universitário e a melhoria dos processos de ensino/aprendizagem para uma população específica (idosa). Tais características estão de acordo com o proposto por Barros e colaboradores[21], que elencam "sete aspectos fundamentais ao mestrado profissional", dos quais destacamos a participação destes cursos no desenvolvimento socioeconômico e na difusão de novas *práxis* nos diferentes setores da sociedade, além do resgate social.

## 7 IMPACTO PARA A SOCIEDADE

Com relação à premissa da autonomia descrita pela Diretoria de Avaliação da CAPES, é possível identificar quatro tipos de impactos e suas indicações para serem previstas nas áreas de conhecimentos. Merece destaque o impacto social, relativo à formação de recursos humanos qualificados "para a administração pública ou para a sociedade civil que possam contribuir parao aprimoramento da gestão epara a redução da dívida social, ou para a formação de um público que faça uso dos recursos da ciência e do conhecimento".

Considerando que o HUV apresenta alta demanda de pacientes idosos, clínicos e cirúrgicos, que dão entrada na UE e se originam tanto da cidade de Vassouras, assim como da região Sul Fluminense e outras regiões próximas em um raio de 200 km, não restam dúvidas que a melhoria do atendimento impacta positivamente à sociedade.

Assim, a aplicação do conhecimento, embasado no rigor metodológico e nos fundamentos científicos, permitiu que este estudo corroborasse para a incorporação e a atualização dos avanços da ciência e das tecnologias, bem como para a capacitação para aplicação dos mesmos, tendo como foco a gestão, a produção técnico-científica, a pesquisa aplicada e a proposição de alternativas para a solução de problemas reais e específicos, tais como, as principais enfermidades que acometem os idosos.

# 8 CONCLUSÃO

Com o aumento da expectativa de vida, torna-se cada vez mais necessária a formulação e a implementação de políticas de saúde efetivas, principalmente aquelas direcionadas aos idosos. A unidade de UE, comumente procurada pelos idosos para resolução imediata de seus problemas de saúde, necessita ser adaptada e estruturada para esse público. Neste trabalho, foi utilizada uma classificação de doze grupos para as enfermidades diagnosticadas e os resultados demonstraram que em 2016 a UE do HUV recebeu maior número de idosos de Vassouras e que uma parcela dos pacientes poderia ter sido atendida em outros serviços da rede básica de saúde, ao invés da unidade de UE. Cerca de 22% dos idosos assistidos possuiam mais de 80 anos e cerca de 4%, mais de 90 anos.

Percebeu-se, também, que hipertensão arterial e diabetes melitus são importantes enfermidades que atingem os idosos e que as quedas são um sério problema nesta parcela da população.

O conhecimento do perfil do idoso é fundamental tanto para subsidiar o atendimento na UE, como para orientar o usuário ao local mais apropriado para tratamento, resolvendo os problemas de forma mais rápida e fácil. Em suma, pode-se concluir que a educação em saúde pode ser uma das melhores estratégias de prevenção de enfermidades para os idosos.

**REFERÊNCIAS**


[1] Silveira et al. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. ArqBrasCardiol. 2016; 107(6):509-517.

[2] Stein FdC, Barros RK, Feitosa FS, et al. Prognostic factors in elderly patients admitted in the intensive care unit. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2009; 21:255-61.

[3] IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE Notícias. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017. Acesso em 05/06/2018.

[4] Garrouste-Orgeas M, Ruckly S, Gregoire C, Dumesnil AS, Pommier C, Jamali S, et al. Treatment intensity and outcome of nonagenarians selected for admission in ICUs: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. Annals of intensive care. 2016;6(1):31-7.

[5] Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami Fdr, Le Manach Y, Raux M, Beinis J-Y, et al. Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture. PLOS ONE.9(1):e83795.

[6] Boddaert J, Raux M, Khiami F, Riou B. Perioperative management of elderly patients with hip fracture. Anesthesiology 2014; 121: 1336-41.

[7] Spar MJ, Nicosia FM, Steinman MA, Brown RT. Current approaches to measuring functional status among older adults in VA primary care clinics. Fed Pract.34(9):26-31.

[8] Kurella Tamura M, Covinsky Ke Fau - Chertow GM, Chertow Gm Fau - Yaffe K, Yaffe K Fau - Landefeld CS, Landefeld Cs Fau - McCulloch CE, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. N Engl J Med. 2009;361(16):1539-47.

[9] Lindsley RC, Saber W, Mar BG, Redd R, Wang T, Haagenson MD et al. Prognostic mutations in myelodysplastic syndrome after stem-cell transplantation. New England Journal of Medicine. 2017 Feb 9;376(6):536-547. Available from, DOI: 10.1056/NEJMoa1611604.

[10] Rooji SE, Abu-Hanna A, Levi M, de Jonge E. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. Critical Care 2005; 9: R307-R314.

[11] Filho, E,T,C; Netto, M,P. Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ª Ed.. São Paulo: Atheneu, 2005.

[12] Pereira do Nascimento ER, Guterres da Silva S, de Souza BC, de Souza DDb, Germer Netto A. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2018;19(2):338-42.

[13] PiresMTB, SizenandoVS. Manual de urgências em pronto-socorro.11ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2017.

[14] National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8ªed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

[15] Stevens M, Hastings SN, Markland AD, Hwang U, Hung W, Vandenberg AE, et al. Enhancing Quality of Provider Practices for Older Adults in the Emergency Department (EQUiPPED). J AmGeriatr Soc. 2017;65(7):1609-14.

[16] Silveira RE, Santos ÁdS, Sousa MC, Monteiro TSA. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. Einstein (São Paulo). 2013;11(4):514-20.

[17] Freire AC, et al. PANORAMA NO BRASIL DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES DOS ÚLTIMOS QUATORZE ANOS NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO À SAÚDE. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2017; 11(9):22-44.

[18] PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Technical Reference Document on Non-communicable Disease Prevention and Control. Washington: Pan American HealthOrganization, 2011.

[19] Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região Sul do Brasil. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(1):17-24.

[20] Paranhos WY. Emergências e urgências geriátricas. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 731-9.

[21] Barros EC, Valentim MC, Melo MAA. O debate sobre o mestrado profissional na Capes: trajetória e definições. Revista Brasileira de Pós-Graduação. 2005; 2(4):124-138.

# APÊNDICES

# APÊNDICE I

UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

# HIPERTENSÃO ARTERIAL

## *Doença Silenciosa - Previna-se!*

# SEJA 12 POR 8!!


**MESTRANDA**

Dra. Aparecida Carmem de Oliveira

**ORIENTADOR**

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso

**CO-ORIENTADOR**

Prof. Dr. Eduardo Tavares Lima Trajano

**GRADUANDOS DA MEDICINA**

Liga GESPI - Grupo de Estudos da Saúde da Pessoa Idosa

# Hipertensão arterial

Hipertensão Arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis de pressão arterial maior ou igual a 140 mmHg e/ ou 90 mmHg.

No Brasil, a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, e contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças do coração. Junto com o diabetes mellitus, suas complicações têm impacto aumentado na perda de produtividade do trabalho e da renda familiar.

## Existe a pré hipertensão arterial. O que é isto?

É uma condição em que a pressão arterial sistólica ou máxima fica entre 121 e 139 mmHg e/ ou a pressão arterial diastólica ou mínima fica entre 81 e 89 mmHg.

## Como sei se sou ou não portador de hipertensão arterial?

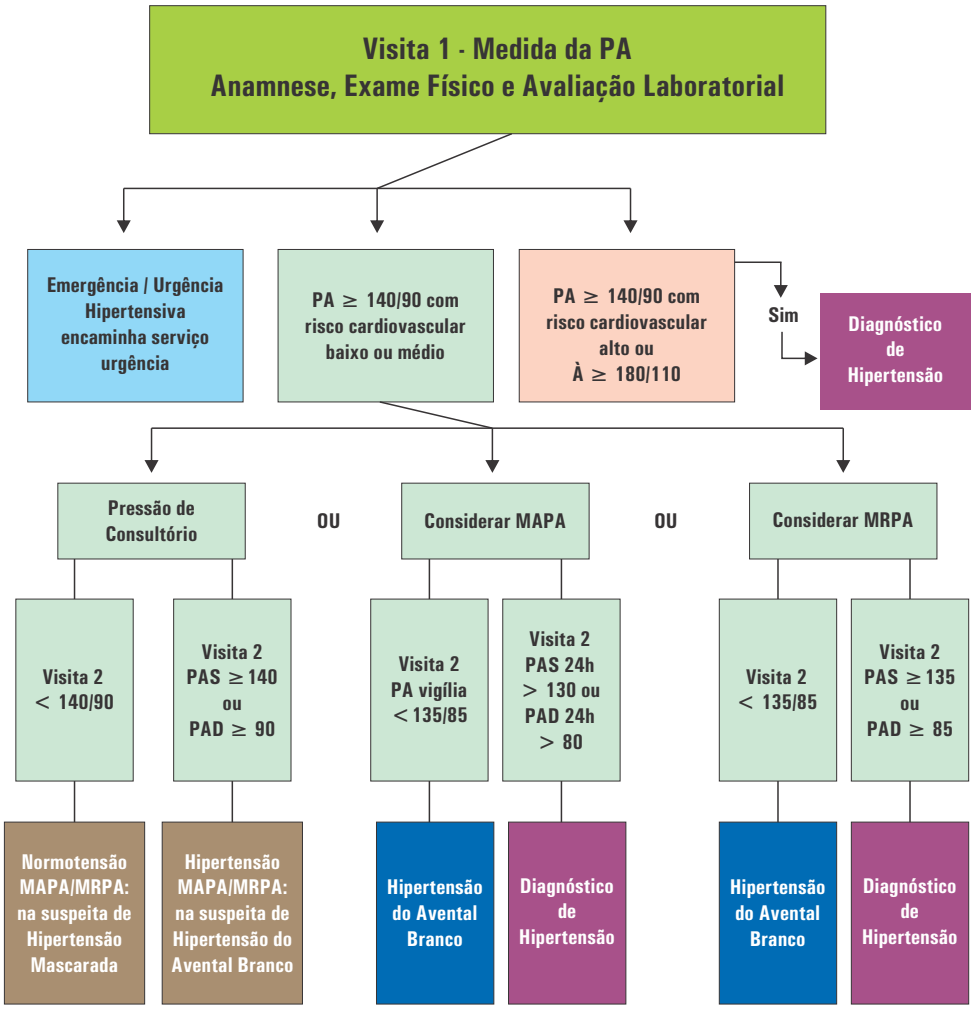
NÌVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL ESTÃO:

MAIOR OU IGUAL A
**140 mmHg**

e/ou

MAIOR OU IGUAL A
**90 mmHg**

# Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial no ambiente do ambulatório, consultório médico ou na emergência hospitalar




7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial – Sociedade Brasileira de Cardiologia
MAPA = monitorização ambulatorial da pressão arterial
MRPA = monitorização residencial da pressão arterial
* MAPA E MRPA: são exames que ajudam o médico no diagnóstico e no tratamento da HA.

# O paciente hipertenso e os riscos cardivasculares

Fatores de risco para as doenças cardiovasculares

1. Excesso de peso
2. Falta de exercícios físicos
3. Nervosismo e Estresse
4. Cigarro
5. Excesso de bebida alcoolica
6. Hipertensão arterial não controlada
7. Diabetes mellitus não controlado

Mantenha o peso adequado

Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.

Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas e não fume!

Tome a medicação conforme orientação médica

Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio

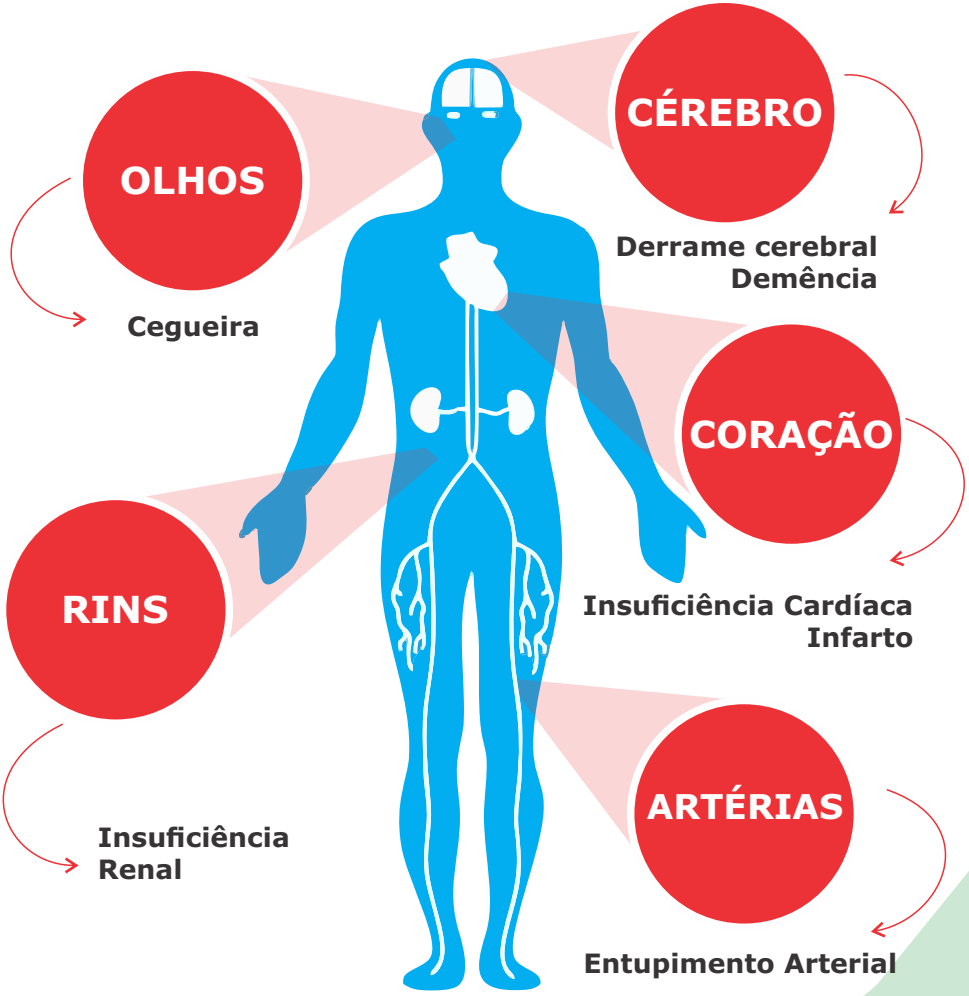
Tenha uma alimentação saudável

Evite o estresse

# Lesão de órgão-alvo

É importante saber da existência de lesões em órgãos do nosso corpo e que são causados pela hipertensão arterial não tratada de forma adequada. São as chamadas lesões de órgãos-alvo.

## Órgãos mais afetados pela hipertensão arterial



# METAS TERAPÊUTICAS

**OBJETIVOS:**

- Manter níveis pressóricos normais
- Diminuir ou não deixar lesar os órgãos-alvo
- Prevenir complicações futuras em paciente com ou sem fatores de risco.

**Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.**

| | PAS 130-139 ou PAD 85-89 | HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-90 | HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109 | HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 |
|---|---|---|---|---|
| Sem Fator de Risco | Sem Risco Adicional | Risco Baixo | Risco Moderado | Risco Alto |
| 1-2 fatores de risco | Risco Baixo | Risco Moderado | Risco Alto | Risco Alto |
| ≥ 3 fatores de risco | Risco Moderado | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto |
| Presença de LOA, DCV, DRC ou DM | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto |

PA: pressão arterial;
PAS: pressão arterial sistólica;
PAD: pressão arterial diastólica;
HAS: hipertensão arterial sistêmica;
DCV: doença cardiovascular;
DRC: doença renal crônica;
DM: diabetes melito;
LOA: lesão em órgão-alvo.

# TRATAMENTO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

O tratamento da pressão arterial elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de medicamentos anti hipertensivos, a fim de reduzir os níveis de pressão arterial, proteger os órgãos-alvo, prevenir doenças cardiovasculares e prevenir a doença renal.

## TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Início de intervenções no estilo de vida

↓

**1 - CONTROLE DO PESO**

↓

Manter IMC < 25 kg/m2 até 65 anos.

Manter IMC < 27 kg/m2 após 65 anos.

Manter circunferência abdominal menor que 80 cm nas mulheres e menor 94 cm nos homens

↓

## 2 - PADRÃO ALIMENTAR

A dieta DASH, sigla em inglês para Abordagem Dietética para Parar a Hipertensão, foi criada pelo National Heart, Lung, and Blood Institute dos Estados Unidos com a finalidade justamente de reduzir a pressão arterial da população.

| TIPO DE ALIMENTO | NÚMERO DE PORÇÕES |
|---|---|
| Grãos integrais | 6 a 8 por dia |
| Frutas | 4 a 5 por dia |
| Vegetais | 4 a 5 por dia |
| Laticínios com pouca gordura | 2 a 3 por dia |
| Carnes magras, aves e peixes | 1,5 a 2,5 por dia |
| Oleaginosas, sementes e leguminosas | 4 a 5 por semana |
| Gorduras boas | 2 a 3 por dia |
| Café | 4 a 6 xícaras sem açúcar ao dia |

(Tabela retirada do site oficial da dieta DASH e do site Mayo Clinic)

## 3 - RESTRIÇÃO DO CONSUMO DE SÓDIO

Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio

## 4 - MODERAÇÃO NO CONSUMO DE ÁLCOOL

Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens*

* Uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada.

## 5- ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO

Fazer, no mínimo, 30 minutos/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 minutos) ou acumulada (2 x 15 minutos ou 3 x 10 minutos) em 5 a 7 dias da semana.

### 5.1 - Treinamento Aeróbico

Pelo menos 3 vezes/semana (ideal 5 vezes/semana).
Pelo menos 30 minutos (ideal entre 40 e 50 minutos)

Modalidades diversas: andar, correr, dançar, nadar, entre outras.

**5.2 - Treinamento resistido**
2 a 3 vezes/semana, 8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, dando prioridade para execução unilateral, quando possível.

1 a 3 séries com 10 a 15 repetições até a fadiga moderada
Pausas longas passivas - 90 a 120 segundos

Modalidades: geralmente realizado com a utilização de pesos, e tem como benefícios: o desenvolvimento de potência, força e resistência muscular, diminuição de gordura corporal, e aumento de massa magra e deste modo favorece uma melhor aptidão física e qualidade de vida.

# TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Desde que exista a indicação do uso de tratamento com medicamentos para o controle da pressão arterial, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso CONTINUO, da possibilidade da necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação com outros anti-hipertensivos e ainda saber da possibilidade do aparecimento de efeitos adversos.
Um medicamento anti-hipertensivo para ser indicado deverá, preferencialmente:

- Ser bem tolerado;
- Ser eficaz por via oral;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas;
- Ter a capacidade de reduzir as complicações cardiovasculares;
- Pode ser utilizado no menor número de tomadas por dia;
- Poder ser usado em associações com outros medicamentos;
- Ter controle de qualidade na sua produção;

# MEDICAMENTOS

## 1 - DIURÉTICOS = DIU

1.1 – Tiazidicos e/ ou Similares
- Clortalidona
- Hidroclorotiazida
- Indapamida

1.2 - Poupadores de potássio
- Espironolactona
- Amilorida

1.3 - Alça
- Furosemida
- Bumetanida

Observações:

1 - Para os casos de hipertensão arterial deve-se dar preferência aos diuréticos tiazídicos ou similares em doses baixas, pois são mais suaves e com maior tempo de ação.

2 - Para os casos de insuficiência renal ou de insuficiência cardíaca e em situações de edema (inchaço), reserva-se o uso dos diuréticos de alça os quais são mais potentes.

## 2 - INIBIDORES DA ECA = IECA

- Captopril
- Enalapril
- Ramipril
- Perindopril
- Lisinopril

São medicamentos bem tolerados pela maioria das pessoas, mas tem como efeito adverso a tosse seca. São medicações muito úteis no controle de outras doenças além da hipertensão como na

insuficiência cardíaca, no paciente que teve infarto do miocárdio e no paciente diabético e precisa de proteção renal para a nefropatia diabética.

### 3 - BLOQUEADORES DOS RECEPTORES AT1 = BRA

· Losartana
· Valsartana
· Candesartana
· Olmesartana

São medicamentos bem tolerados especialmente em pacientes com alto risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Eles reduzem as complicações e diminuem a mortalidade.

### 4 - BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO = BCC

· Amlodipino
· Levanlodipino
· Lacidipino
· Manilodipino
· Nitrendipino
· Lercanidipino
· Isradipino
· Nifedipino
· Felodipino

Deve-se dar preferencia aos BCC de ação mais prolongada porque isto diminui os seus efeitos adversos com alterações dos batimentos cardíacos. São medicações que podem dar como efeito adverso mais comum o inchaço das pernas. Alem do edema maleolar pode ocorrer com menor frequência cefaleias e tonturas.

## 5 - BETA BLOQUEADORES

· Propranolol
· Atenolol
· Metoprolol
· Carvedilol
· Bisoprolol
· Nebivolol

Apesar de fazerem parte do mesmo grupo alguns betabloqueadores têm melhor efeito como medicamento anti-hipertensivo do que outros. Isto deve ser motivo de atenção para o seu tratamento. Podem apresentar como efeitos adversos piora da asma brônquica, piora do enfisema pulmonar, diminuição excessiva dos batimentos do coração, e cansaço extremo para as atividades diárias.

## 6 - AGENTES DE AÇÃO CENTRAL

· Metildopa
· Clonidina

Esta classe de medicamentos pode causar reações adversas como reações autoimunes, febre, alteração da função do fígado, depressão, sedação, boca seca e cansaço extremo.

A descontinuidade do medicamento interrompe todos estes efeitos adversos.

## 7 - VASODILATADORES DIRETOS

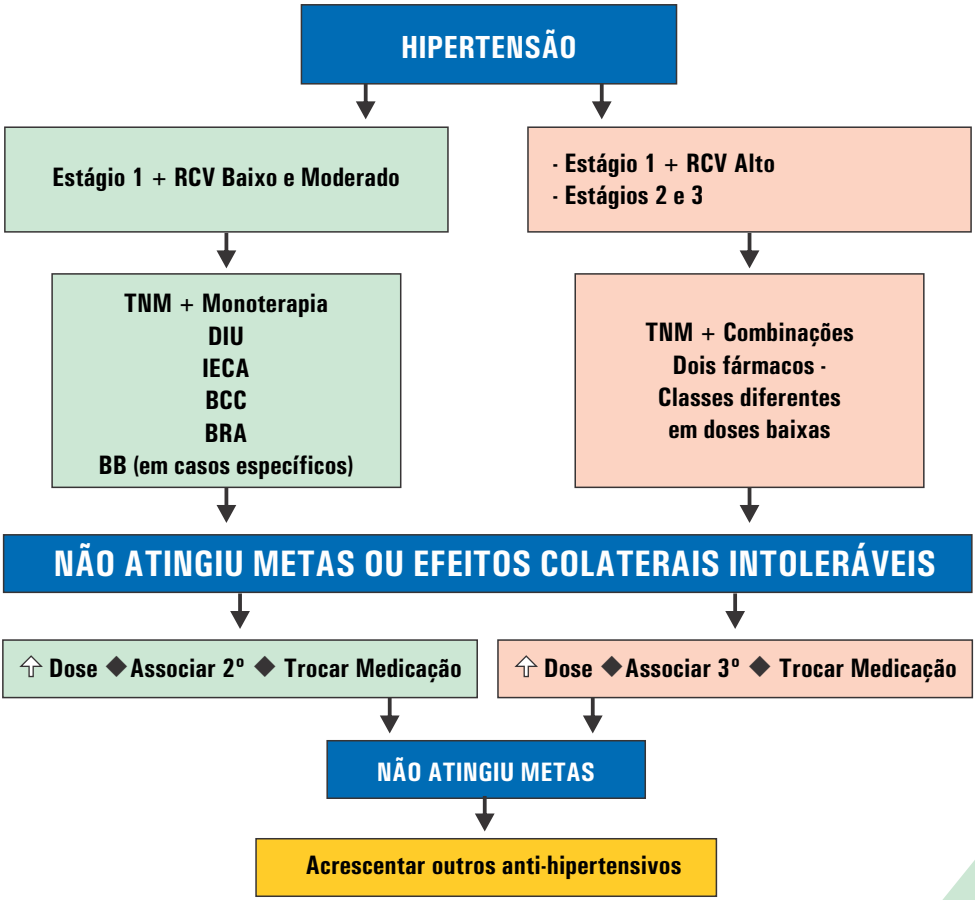
· Hidralazina
· Minoxidil

São medicamentos muito utilizados em pacientes com hipertensão arterial severa associado ou não a insuficiência renal. Seu uso pode acarretar como efeitos adversos a aumento do batimento do coração, cefaleia, náusea, vômitos e diarreia.

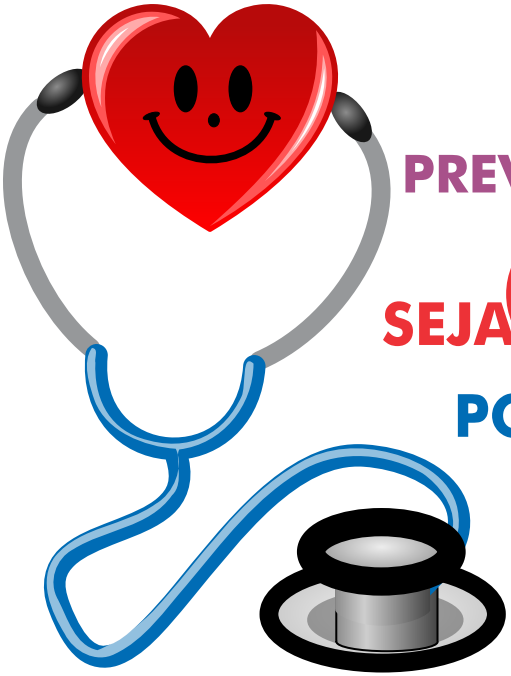
## 8 - ALFA BLOQUEADORES

· Doxazosina
· Prazosina
· Terazosina.

São medicamentos que além de serem anti-hipertensivos atuam na melhora da sintomatologia relacionada a hipertrofia benigna da próstata. Podem ocorrer hipotensão arterial já na primeira dose. Nas mulheres podem causar incontinência urinária.




RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores.



**PREVINA-SE!**

**SEJA 12 POR 8**

**GESPI – GRUPO DE ESTUDO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA / LIGA ACADÊMICA DE GERIATRIA:** Bruna Maria Trindade Magalhães; Gabriel Bernardo de Azevedo Leite; Jean; Fialho Fazolo de Souza; João Luiz Castro Moraes; Julia Pereira Alvim; Katarina Cardoso Rodrigues; Larissa Vaz Peres; Lívia Silva de Souza Lima; Mariana Ferreira Vieira; Marina de Freitas Genari Severino; Nathalia Gomes da Silva; Nayara Trigo Marçal; Roberta Maria Rola Albergaria; e Victor da Silva Gama Rodrigues.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial - SBC; Tratado de Cardiologia - SOCESP.

UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

# DIABETES MELLITUS

## PREVINA-SE!

MANTENHA 99 MG/DL DE GLICOSE NO SEU SANGUE


**MESTRANDA**

Dra. Aparecida Carmem de Oliveira

**ORIENTADOR**

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso

**CO-ORIENTADOR**

Prof. Dr. Eduardo Tavares Lima Trajano

**GRADUANDOS DA MEDICINA**

Liga GESPI - Grupo de Estudos da Saúde da Pessoa Idosa

# INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde em todo o mundo. Há uma preocupação constante com a doença em si assim como com as suas complicações muitas vezes severas e incapacitantes.

O aumento da doença se deve a diversos fatores como a mudança quanto a transição da nutrição, a maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência quanto ao excesso de peso, ao crescimento e envelhecimento da população e à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes mellitus.

O bom controle metabólico do diabetes previne o surgimento (ou retarda a progressão) de suas complicações crônicas.

O segredo é você conhecer e cuidar do seu corpo.

CUIDE-SE !

MEXA-SE !

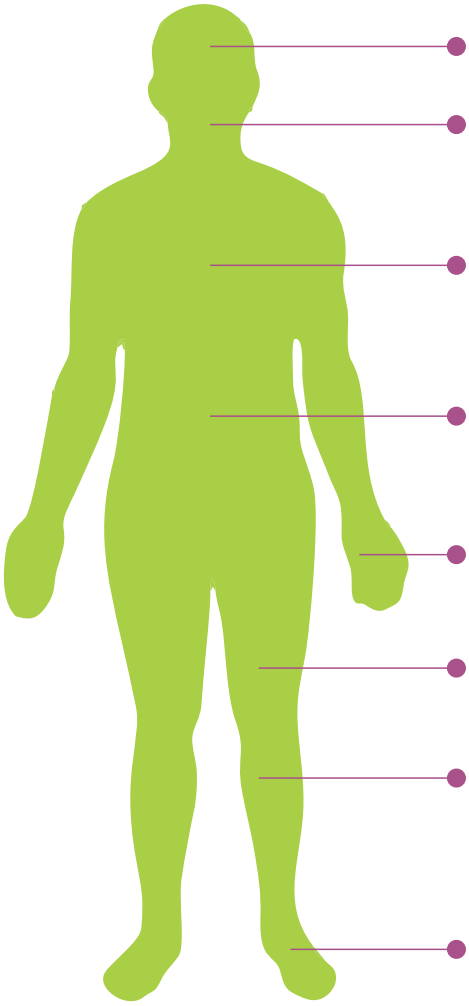
## DIABETES MELLITUS

É uma doença em que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue.

**TIPOS DA DOENÇA:**

:: Tipo 1 – depende de insulina
:: Tipo 2 – não depende de insulina
:: Com ou sem sintomas clássicos

# Saiba mais sobre a doença (sintomas):



- Visão Turva
- Sede ou Vontade de Urinar Exagerados
- Sensação de Cansaço
- Infecções de garganta e urina recorrentes
- Pele seca ou com coceira
- Inexplicável perda de peso
- Hematomas ou feridas de difícil cicatrização
- Formigamento nos pés

Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2 Algoritmo SBD 2014. Posicionamento Oficial SBD nº 01/2014

Procure um médico ou Serviço de saúde da sua cidade se você tem sintomas semelhantes ao do diabetes mellitus.

É na consulta médica que você será orientado para a definição se você é ou não portador da doença.

Existem valores da glicose no sangue que definem se você é ou não portador do diabetes mellitus.

## Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

| Categoria | Jejum* | 2 h após 75g de glicose | Glicose Casual** |
|---|---|---|---|
| Glicemia normal | < 100 | < 140 | |
| Tolerância à glicose diminuída (pré diabetes) | > 100 a < 126 | ≥ 140 a < 200 | |
| Diabetes mellitus | ≥ 126 | ≥ 200 | ≥ 200 (com sintomas clássicos)*** |

DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas;

** Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição;

*** Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria(urina com frequência), polidipsia(tem muita fome) e perda não explicada de peso.

Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja glicose elevada (hiperglicemia) inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Existe outro exame de sangue que nos ajuda no diagnóstico e no controle do diabetes e também para evitarmos as complicações da doença.

**É a hemoglobina glicada ou glicosilada - HbA1C**

O exame da hemoglobina glicada é usado para diagnosticar e monitorar o controle mais em longo prazo do Diabetes mellitus Tipo 1 e Tipo 2, mas ele também pode ser pedido como parte do checkup normal de uma consulta, porque o diabetes pode permanecer assintomático por muito tempo.

É importante para avaliar o controle glicêmico da pessoa com diabetes, confirmar o diagnóstico de diabetes ou de pré diabetes (denominação dada a uma condição medica muito próxima do diabetes, mas que ainda não chegou a ser caracterizado como diabetes).

Quando o exame (A1C) é utilizado para o DIAGNOSTICO do diabetes mellitus:

- Abaixo de 5,7%= ausência de diabetes
- Entre 5,7 a 6,4%= presença de pré diabetes
- Maior ou igual a 6,5%= diabetes mal controlado

Quando o exame (A1C) é utilizado para AVALIAÇÃO E CONTROLE da glicose de pessoas com diabetes:

- Entre 4 a 6 %= faixa de resultados normais;
- Entre 6 a 7 %= diabetes moderadamente controlado;
- Maior que 7% = diabetes mal controlado.

**Existe o paciente com intolerância à glicose.**

**PACIENTE PRÉ DIABÉTICO**

Como definir o paciente como PRE DIABÉTICO?

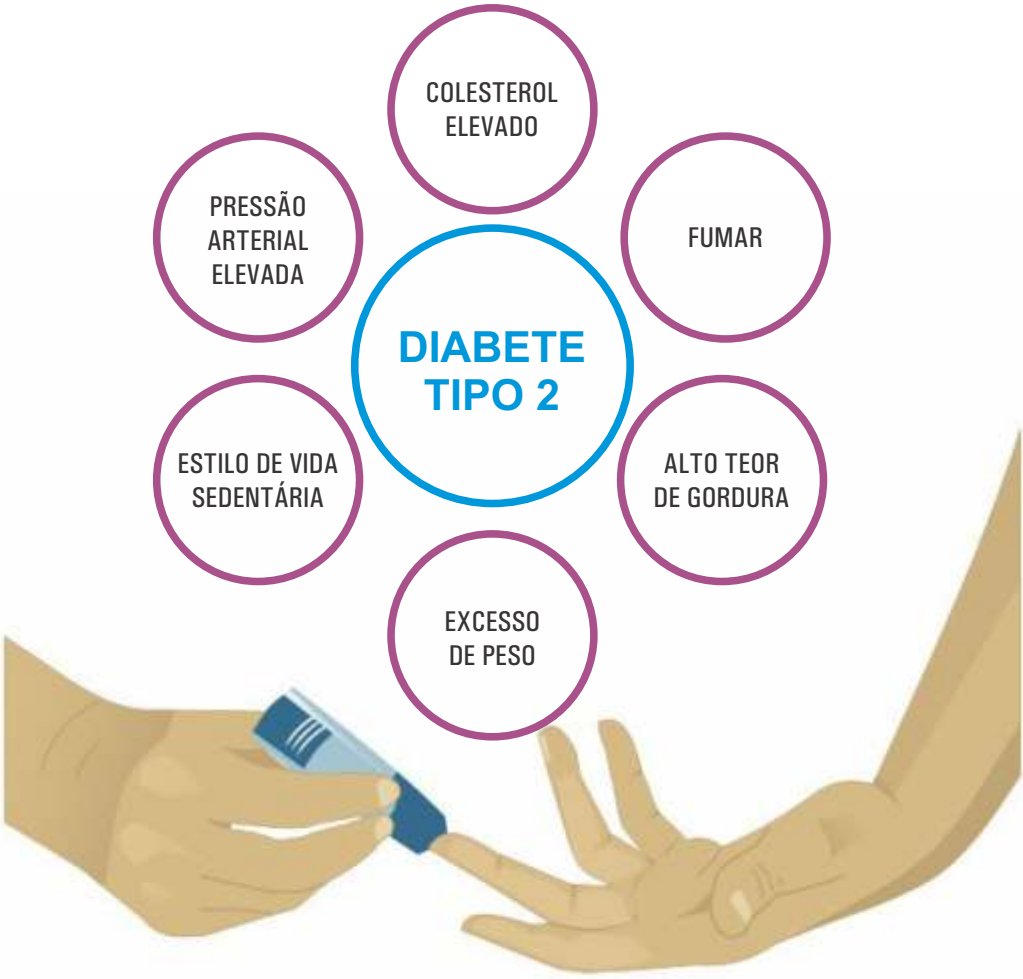
1- Hemoglobina glicada (A1C) maior ou igual a 6,5%

2- Glicemia de jejum ≥126 mg/dL = ou = O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.

3- Glicemia 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose: maior ou igual a 200 mg/dL .Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose anidra, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL.

4- Glicemia ao acaso ≥200 mg/dL Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmico

**Fatores que predispõem ao desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2, que é o diabetes mellitus que não precisa tomar insulina.**



**Pessoas que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 devem fazer consultas médicas e exames periódicos com mais frequência.**

FIQUE ATENTO SE VOCÊ:

1 - Tem o diagnóstico de pré diabetes – diminuição da tolerância à glicose ou glicose de jejum alterada;

2 - Tem pressão alta;

3 - Tem colesterol e/ ou triglicerídeos altos no exame de sangue;

4 - Está acima do peso e/ou com aumento da gordura localizada no abdome;

5 - Tem pai ou mãe ou irmãos com diabetes mellitus tipo 2;

6 - Tem apneia do sono (ronca muito e/ ou as vezes para de respirar em alguns momentos deste ronco);

**Fatores que predispõem ao desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 1, que é o diabetes mellitus que precisa tomar insulina.**

DEPENDENTE DE INSULINA

1 - Fatores genéticos

2 - Alguns agentes infecciosos

**Quais são as diferenças entre o diabetes mellitus que usa a insulina o que não precisa tomar a insulina?**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO 1 | Muitas vezes é diagnosticada na infância | É uma doença autoimune, isto é o próprio organismo ataca as células beta do pâncreas que produzem a insulina | Não está associada ao excesso de peso | É tratada com injeções de insulina | Usa a insulina para controle dos níveis de glicemia |
| TIPO 2 | O mais comum é aparecer em adultos acima dos 30 anos de idade | O corpo passa a ter resistência à insulina, ou seja, perde a capacidade para responder aos efeitos do hormônio-insulina. | Mesmo com fatores genéticos, está bastante associado ao excesso de peso | Dependendo do caso, inclusive dos níveis glicêmicos, pode ser necessário a utilização de medicamentos via oral | É oito vezes mais comum do que o tipo 1 |

# TRATAMENTO PARA O PACIENTE COM DIABETES MELLITUS:

**- Tipo 1 e Tipo 2 -**

**Tratamento do diabetes tipo I:**
**(É o que precisa tomar a insulina)**

**TIPOS DE ISULINA**

**1 - Humanas**

1.1 Tem estrutura análoga a produzida pelo pâncreas humano

1.2 Ação: NPH (mais lenta) e a Regular (mais rápida)

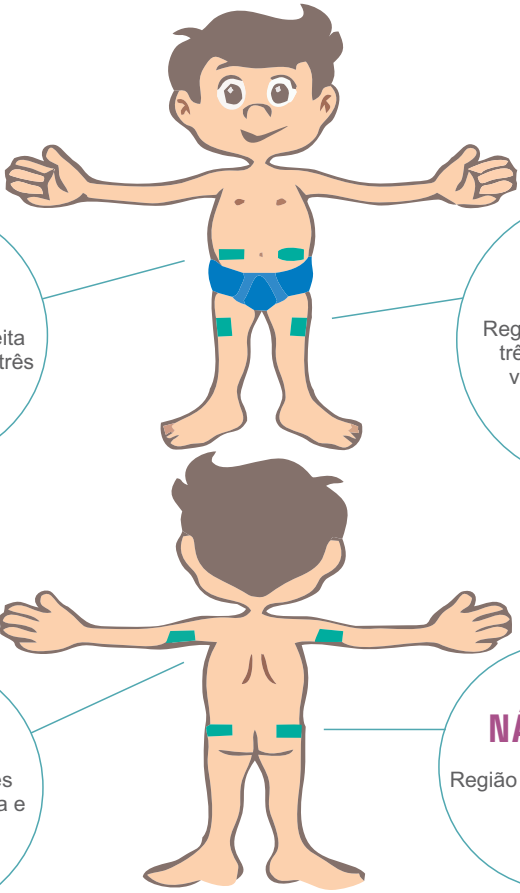
**2 - Insulina análoga a insulina humana:**

2.1 Tiveram a sua molécula modificada;

2.2 Tem o objetivo de ter um perfil de ação mais próximo do perfil fisiológico humano;

2.3 Ação: Lenta, rápida e bifásica

## Locais de aplicação da insulina



**ABDOMEM**

Regiões laterais direita e esquerda, distante três dedos do umbigo

**COXAS**

Regiões frontal e lateral, três dedos abaixo da virilha e três dedos acima do joelho

**BRAÇOS**

Região posterior três dedos abaixo da axila e três dedos acima do cotovelo

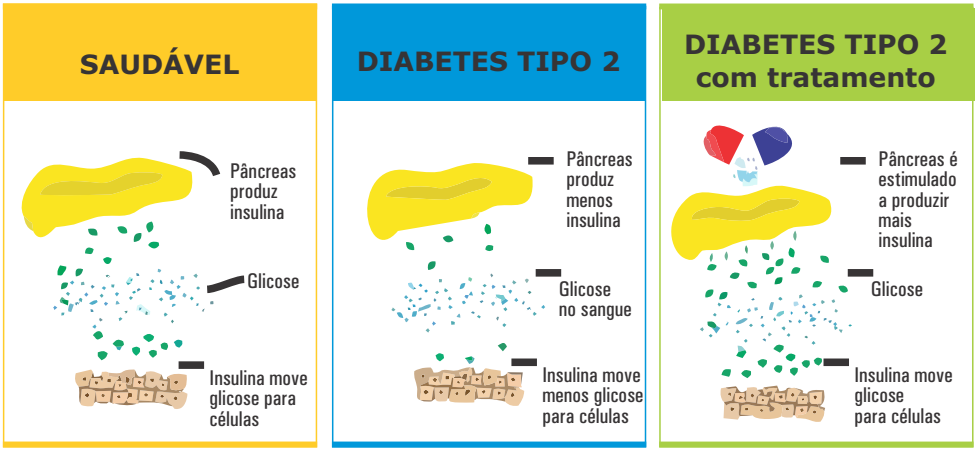
**NÁDEGAS**

Região superior externa

É importante alternar o local de cada aplicação da insulina.

Uma área de aplicação utilizada várias vezes pode causar problemas de degeneração local além de poder prejudicar a absorção da insulina.

**Tratamento do diabetes tipo 2:**
É o que controlamos com comprimidos para manter a glicose no sangue normalizada.




## Tipos de medicamentos:

**Sulfonilureias:**
1 - Glibenclamida 2,5 a 20 mg
2 - Glipizida 2,5 a 20 mg
3 - Gliclazida MR 30 a 120 mg
4 - Glimepirida 1 a 8 mg

**Metiglinidas:**
1 - Repaglinida 0,5 a 16 mg
2 - Nateglinida 120 a 360 mg

**Biguanidas:**
1 - Metformina 1.000 a 2.550

**Inibidores da alfaglicosidase:**
1 - Acarbose 50 a 300 mg

**GLITAZONAS:**
1 - Pioglitazona 15 a 45 mg

**INIBIDORES DA DPP-IV - GLIPTINAS:**
1 - Sitagliptina 50 ou 100 - Uma ou duas tomadas/dia
2 - Vildagliptina 50 - Duas tomadas/dia
3 - Saxagliptina 2,5 ou 5 - Uma tomada/dia
4 - Linagliptina 5 - Uma tomada/dia

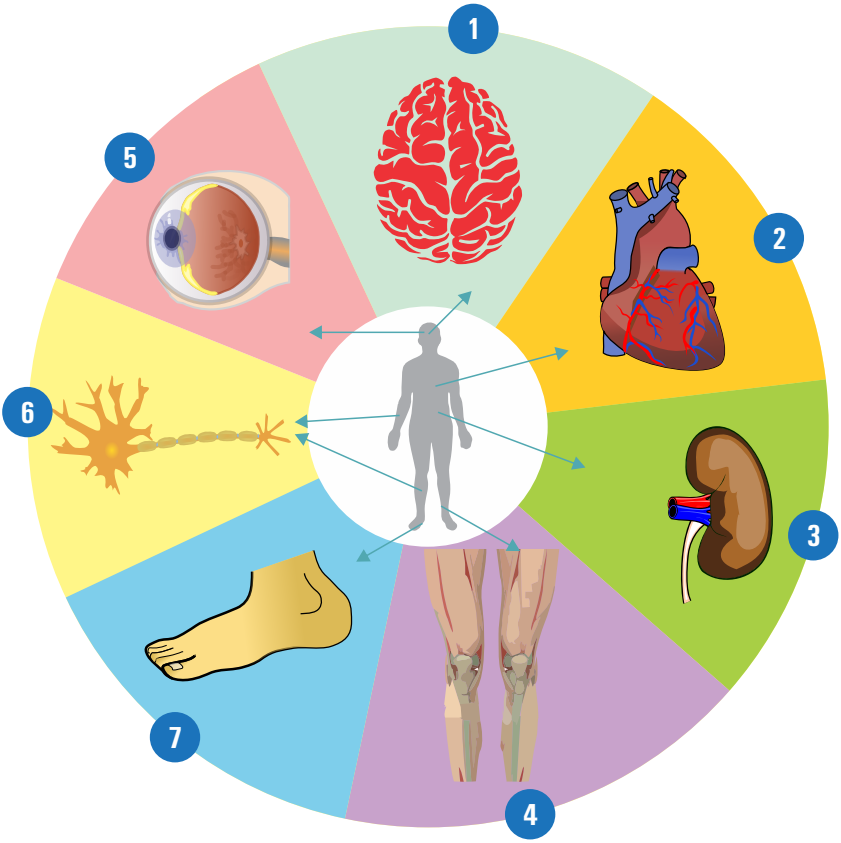
**MIMÉTICO E ANÁLOGO DO GLP-1**
1 - Exenatida 5 e 10 mcg - Uma injeção antes do desjejum e outra antes do jantar pela via SC
2 - Liraglutida 0,6, 1,2 e 1,8 - Uma injeção ao dia sempre no mesmo horário SC Uma vez ao dia, independente do horário da refeição

**INIBIDORES DA SGLT2**
1 - Dapagliflozina 5 a 10 mg - uma vez ao dia horário
2 - Empagliflozina 10 a 25 mg - uma vez ao dia
3 - Canagliflozina 100 a 300 mg - uma vez ao dia

**O diabetes é uma doença em que se não bem controlado pode causar complicações que ao longo do tempo serão muito danosas ao seu corpo.**

**Possíveis complicações para o paciente**

**que não mantém níveis de glicemia e de hemoglobina glicada normais.**




1 Doença Cerebrovascular – Derrame

2 Doença cardiovascular – Infarto e Angina do peito

3 Nefropatia diabética – Doença renal crônica

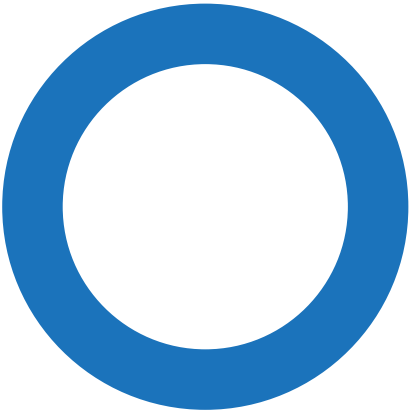
4 Neuropatia diabética – Dor severa nas pernas

5 Doença nos olhos podendo levar a cegueira

6 Doença arterial periférica – Oclui os vasos podendo levar à amputação dos membros.

7 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**É muito importante que estas complicações possam ser rastreadas precocemente ao longo do tratamento para evitar a evolução e o agravamento delas.**



382 milhões de pessoas no mundo têm diabetes.

Em 2035 este número subirá para 592 milhões.

**PREVINA-SE!**


**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

:: Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus

:: Sociedade Brasileira de Endocrinologia

:: Projeto Diretrizes – Ministério da Saúde

:: Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 – Clannad Editora Científica



UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

# QUEDAS

para não cair,
a melhor dica é
se **PREVENIR**

UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

**MESTRANDA**

Dra. Aparecida Carmem de Oliveira

**ORIENTADOR**

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso

**CO-ORIENTADOR**

Prof. Dr. Eduardo Tavares Lima Trajano

**GRADUANDOS DA MEDICINA**

Liga GESPI - Grupo de Estudos da Saúde da Pessoa Idosa

# APRESENTAÇÃO

É o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade.

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio postural e tanto podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico quanto de uma condição clínica adversa que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade.

A queda pode ser um evento sentinela, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional, ou sintoma de uma nova doença.

A estimativa da incidência de quedas por faixa etária é de 28% a 35% nos idosos com mais de 65 anos e 32% a 42% naqueles com mais de 75 anos. 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas.

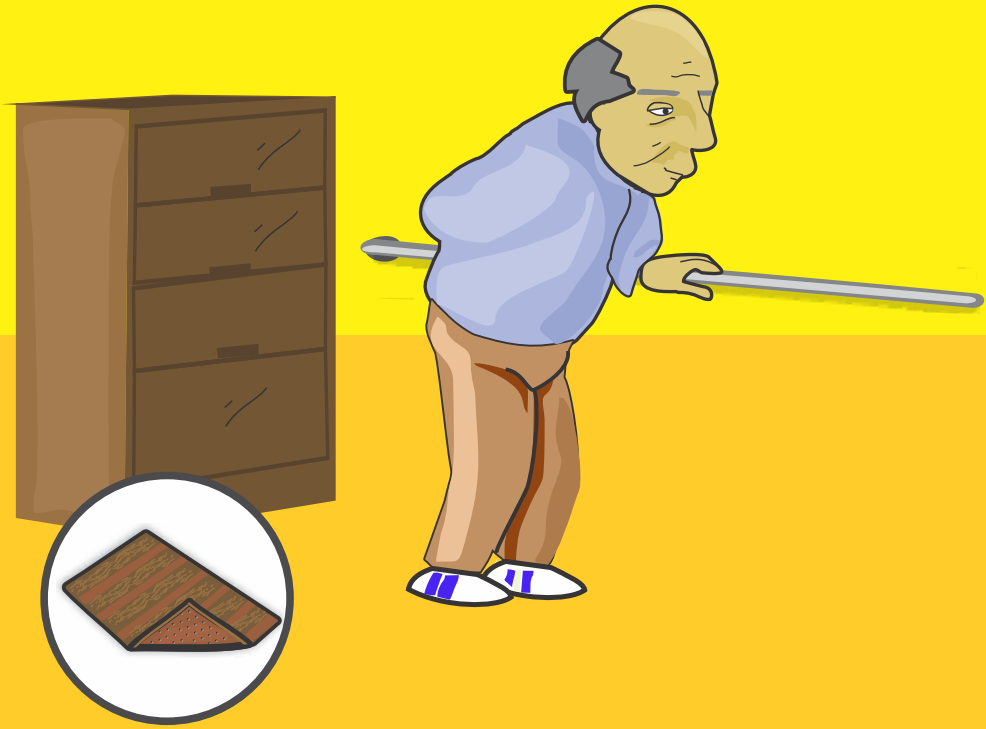
Os que já sofreram uma queda apresentam risco mais elevado para cair, entre 60% e 70% no ano subsequente. Entre 20% e 30% dos caidores (idosos com mais de duas quedas por ano) que sofreram alguma lesão apresentarão redução da mobilidade, da independência, e aumento do risco de morte prematura.

O importante é a prevenção das quedas.

MEXA-SE!

**CONFIRA NESTA CARTILHA ALGUMAS INFORMAÇÕES QUE PODEM AJUDAR VOCÊ A SE PREVENIR.**

# CUIDADOS EM CASA

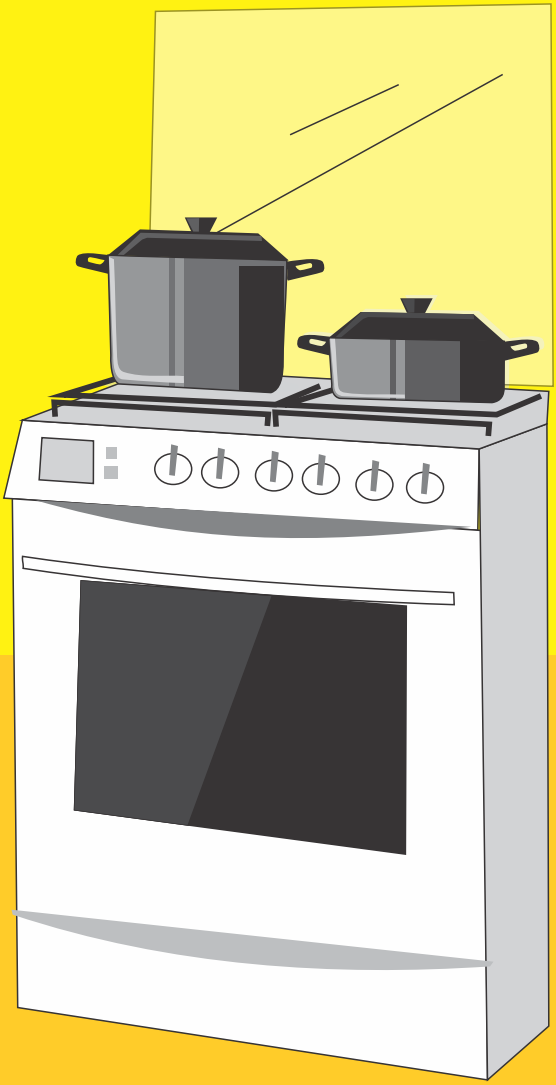


- Evitar móveis e enfeites em sua casa que possam dificultar sua locomoção.
- Evite tapetes.
- Em caso de precisar usar tapetes, dê preferência aos que são antiderrapantes.

# CUIDADOS EM CASA

- Não suba em cadeiras, bancos ou móveis para pegar ou limpar objetos que estejam no alto.
- Você que já é idoso, poderá cair e ter conseqüência sérias como as fraturas.

# CUIDADOS EM CASA



- Use sempre panelas de duas alças. Isto facilita e aumenta a segurança quando você precisar carregá-las.

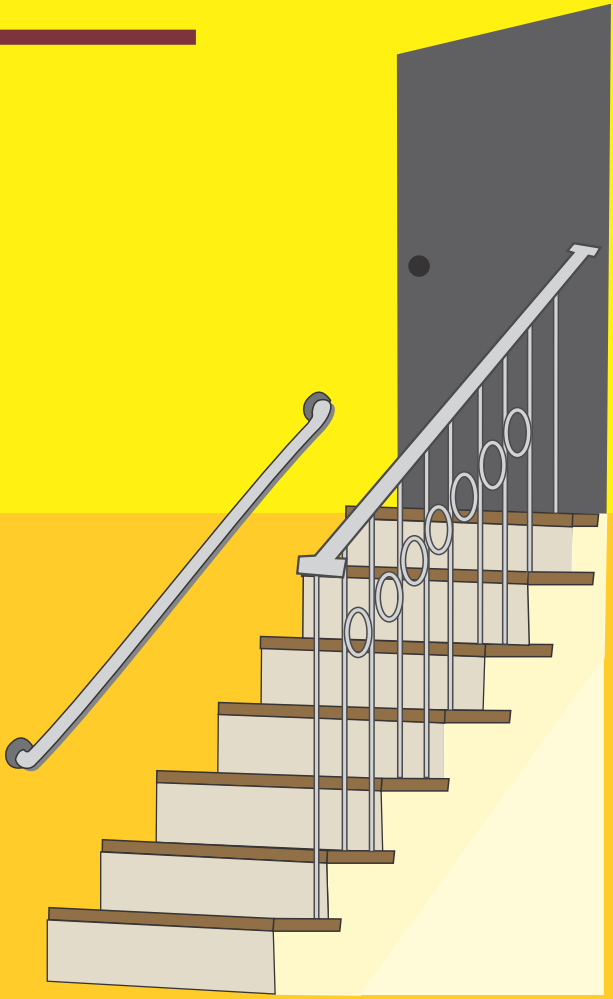
# CUIDADOS EM CASA

- No banheiro instale barras de apoio na pia, vaso sanitário e no chuveiro.
- Cuidado com o sabonete quando escorregar de sua mão.
- Dê preferência aos sabonetes líquidos.

# CUIDADOS EM CASA

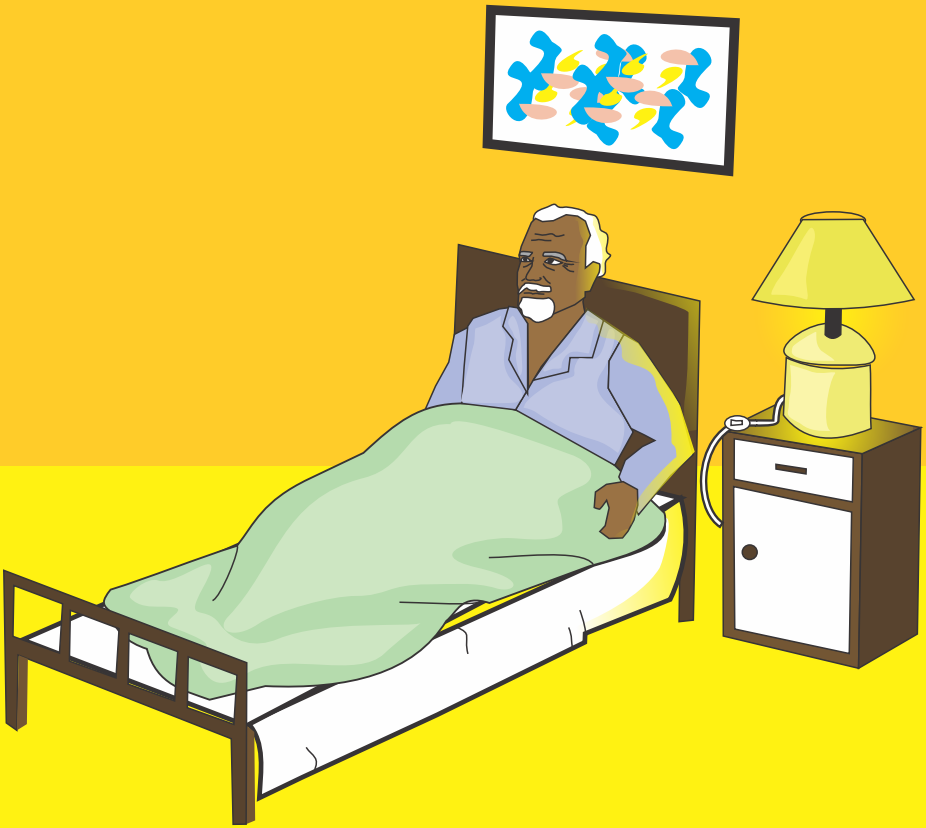
- Escolha camas e móveis na altura correta.
- Altos ou baixos demais podem ser perigosos e favorecer as quedas.

# CUIDADOS EM CASA



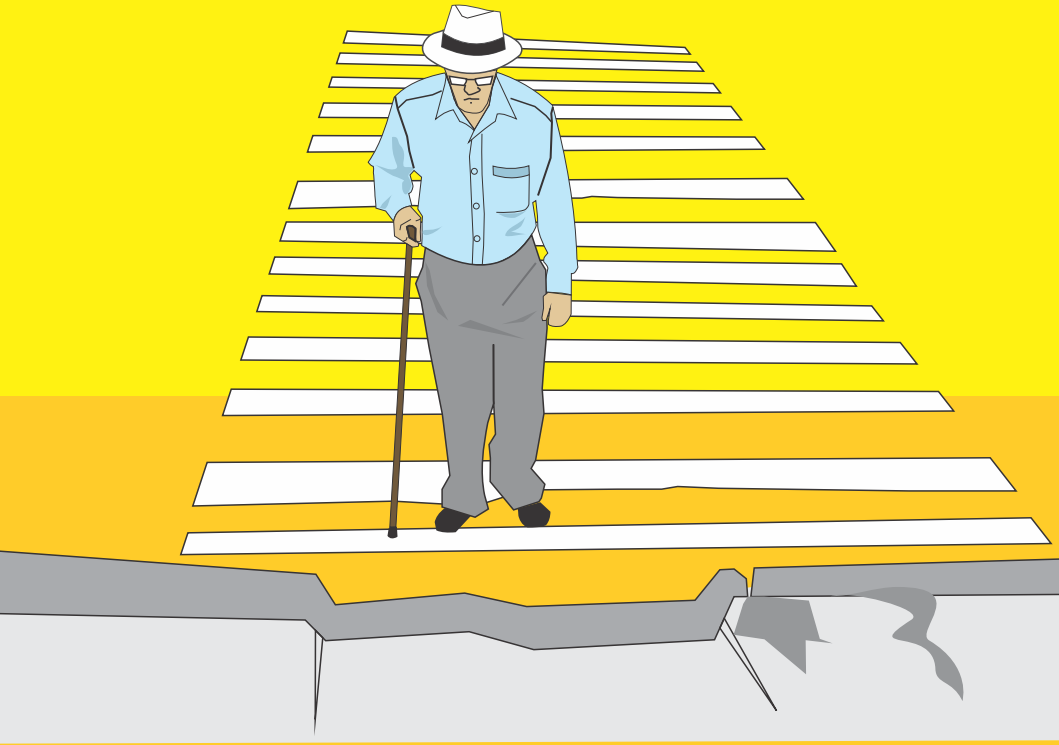
- As escadas sempre deverão ter corrimão para apoio e serem iluminados.
- Os degraus devem ser baixos, regulares, da mesma altura e com piso antiderrapante.

# CUIDADOS EM CASA



- Mantenha o interruptor de luz perto da cama e que seja de fácil acesso.
- Ter um abajur ou luminária próximo da cama pode te ajudar.

# CUIDADOS FORA DE CASA

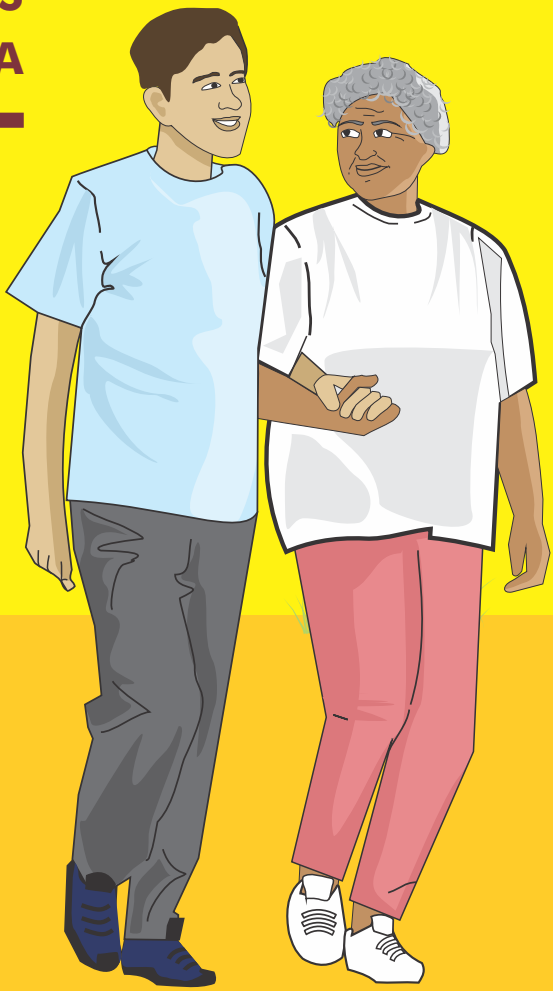


- Não é só dentro de casa que moram os perigos.
- Outros locais como ruas e calçadas também podem ser cenário de quedas e fraturas.
- Por isso, principalmente em locais de grande movimento, o cuidado deve ser redobrado.

# CUIDADOS FORA DE CASA

- Evite trechos irregulares, com desníveis ou pisos escorregadios.
- Os sapatos sem saltos e com solados emborrachados e antiderrapantes são mais seguros nestes locais.
- Ande sempre sem pressa.
- Não corre nestes locais e preste atenção no trajeto.

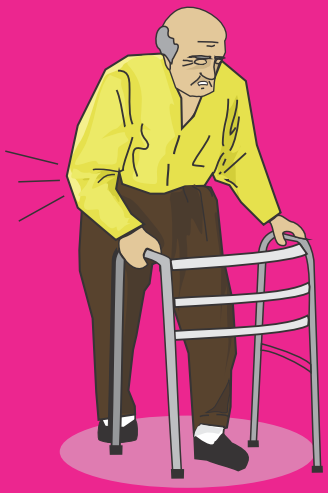
# CUIDADOS FORA DE CASA

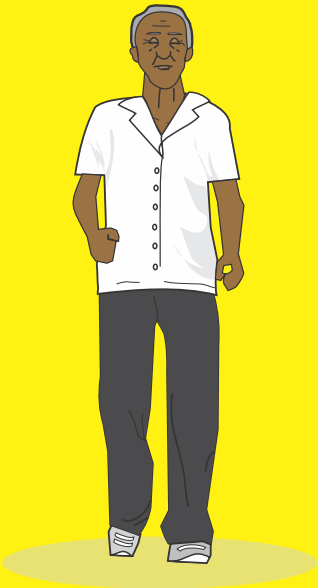


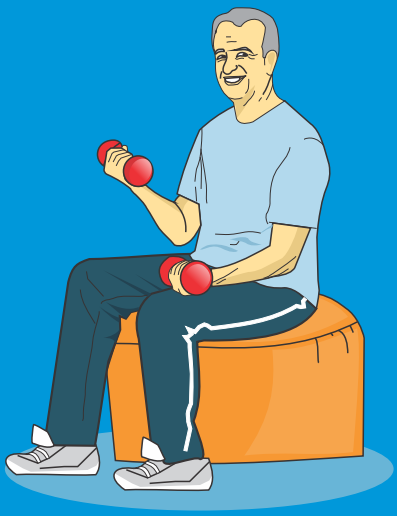
- A vida sedentária aumenta as doenças cardiovasculares como o infarto e o derrame cerebral. Isto pode ser mudado com a prática frequente de exercícios físicos.
- A palavra de ordem é MEXA-SE !
- Exercitando-se você diminui suas chances de cair.

# CUIDADOS FORA DE CASA

- Exercícios que visam o equilíbrio, a coordenação motora e a força são os mais indicados para prevenir as quedas.







- O importante é você não ficar parado.
- Você poderá caminhar, andar, nadar, pedalar, dançar e muito mais.
- MEXA-SE!

**"Respeitar a pessoa idosa é tratar o próprio futuro com respeito"**

**Autor Desconhecido**


**Referências Bibliográficas:**

- Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina;
- Atenção a Saúde do Idoso – Ministério da Saúde;
- Sociedade Brasileira de Ortopedia - SBOT;



UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

# APÊNDICE II

Universidade Severino Sombra

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE

## COMPARTILHANDO SABERES COM A COMUNIDADE

ORGANIZADORES

MARIA CRISTINA ALMEIDA DE SOUZA

MARCOS ALEX MENDES DA SILVA

2011. INTERAGIR EDITORA
DEBORAH VIRGINIA GUIMARAES 07029593677
CPNJ: 14.321.887/0001-24

Organizadores: Maria Cristina Almeida de Souza e Marcos Alex Mendes da Silva
Editor: Leonardo Pançardes
Revisão: Maria Cristina Almeida de Souza
Ilustrações: Roberta Avila e Cesar Leite
Ilustração da Capa: Roberta Avila

Todos os direitos reservados aos autores e organizadores, incluindo os direitos de reprodução integral ou parcial em qualquer forma.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (PIB)**

ISBN: 978-85-65441-38-4
Educação em Saúde - Compartilhando saberes com a comunidade
1ª Edição - Vassouras - RJ | Interagir | 2017

1. Educação em Saúde
2. Promoção da Saúde
3. Estratégia Saúde da Família

**Índice para catálogo sistemático:**

1. Medicina e Saúde

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores e organizadores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Editora.

Não é permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, sem a prévia autorização dos autores e organizadores.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

**Contato:**
www.interagireditora.com.br
contato@interagireditora.com.br
Tel.: 24 9.8822.4986

**Impresso no Brasil**

# SUMÁRIO

Apresentação ..... 13
1. Educação em Saúde ..... 15
1.1. Revisitando o tema ..... 15
1.2. Propostas de atividades ..... 17
1.2.1 – Conversa entre duas vizinhas (Dor Torácica) ..... 18
1.2.2 – Me acode! (Crise Convulsiva) ..... 26
1.2.3 – Prevenindo queimaduras... (Queimadura) ..... 34
1.2.4 – Como estamos dialogando? (Saúde Mental) ..... 41
1.2.5 – Vamos cuidar daquela ferida? (Úlcera por Pressão) ..... 46
1.2.6 – Vamos conversar sobre o parto normal? (Parto Vaginal) ..... 52
1.2.7 – Efervescência reveladora! (Trabalho em Equipe) ..... 58
1.2.8 – É um AVC! (Acidente Vascular Cerebral) ..... 62
1.2.9 – Depressão e coração. Vamos conversar? (Depressão e Doença Coronária) ..... 68
1.2.10 – Meu filho bateu a cabeça! O que faço? (TCE em Crianças) ..... 74
1.2.11 – Morte súbita ainda não é morte! (Suporte Básico de Vida) ..... 79
1.2.12 – Engasguei! (Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos) ..... 84
1.2.13 – Não se machuque no trânsito!(Prevenção de Acidentes de Trânsito) ..... 90
1.2.14 – (Re)descobrindo a sífilis congênita (Sífilis Congênita) ..... 96
1.2.15 – Fui picado por uma cobra! (Acidente Ofídico) ..... 103
2. Considerações finais ..... 108
3. Referências ..... 109

# VAMOS CUIDAR DAQUELA FERIDA?

## Úlcera por Pressão

- Aparecida Carmem de Oliveira
- Carlos Eduardo Cardoso

# Tema: Úlcera por Pressão

• **Justificativa:** as úlceras por pressão são definidas como lesões de pele ou parte moles originadas basicamente de isquemia tecidual prolongada. Qualquer posição mantida por um paciente durante um longo período de tempo pode provocar lesão tecidual, principalmente em tecidos que se sobrepõem a uma proeminência óssea, devido à presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões. A compressão dessas áreas diminui o fluxo sanguíneo local facilitando o surgimento de lesão por isquemia e necrose tecidual.

As lesões por pressão acometem pacientes acamados e/ou com restrição de movimentos, podendo causar dor e sofrimento, além de contribuir para o aumento dos custos com internações e tratamentos. A reparação tecidual está relacionada a um processo sistêmico, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional que acompanhe o paciente, desenvolvendo condutas resolutivas.

A prevenção da lesão por pressão é muito importante, visto que seu custo é menor que o do tratamento. O conhecimento das localizações e dos fatores de risco pelos profissionais da saúde se faz necessário, a fim de se implantar medidas de prevenção e de tratamento eficazes.

• **Tipo:** roda de conversa.

• **Roteiro:** cadeiras serão dispostas em semicírculo, viabilizando aos participantes um campo de visão ampliado. No centro, será exposto um painel com as localizações mais frequentes das úlceras por pressão e as principais medidas de prevenção.

• **Objetivos:** discutir com os participantes as localizações mais frequentes da ulcera por pressão, bem como as medidas relacionadas à sua prevenção, sensibilizando e capacitando-os para serem multiplicadores das informações.

• **Local:** espaços coletivos do território adscrito à Unidade Estratégia Saúde da Família, incluindo aqueles dos equipamentos sociais.

• **Público alvo:** usuários dos serviços de saúde e, em especial, aqueles identificados pela equipe como tendo familiares portadores de úlceras de pressão.

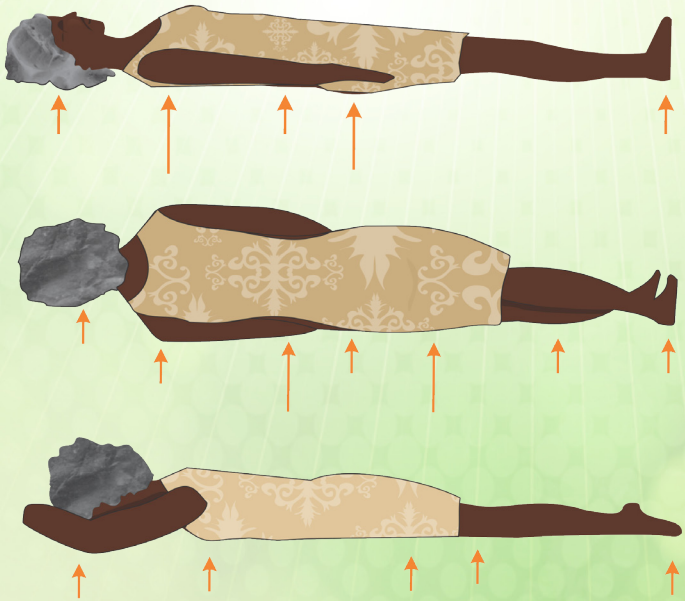
• **Duração:** 40 minutos.

• **Recursos necessários:** cartões de cartolina nas cores azul e vermelha com aproximadamente 10 X 12 centímetros; painel ilustrativo.

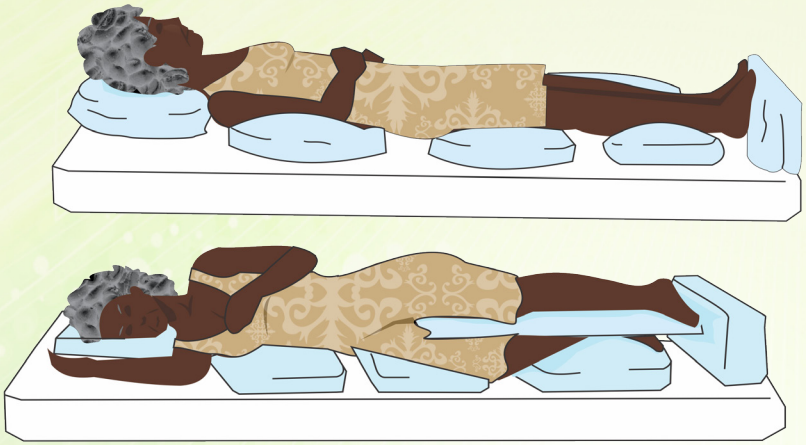
• **Sugestão de painel:**

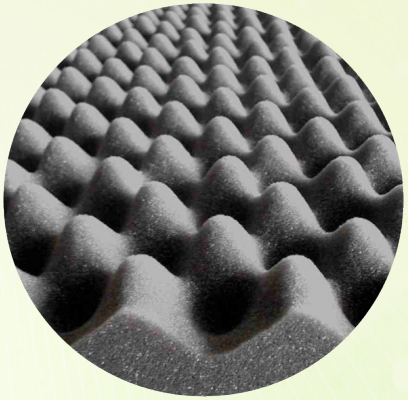
# ÚLCERAS POR PRESSÃO

## LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES:



# COMO FAZER A PREVENÇÃO?





• mudança de decúbito a cada duas horas.

• ofertar alimentação adequada e se possível, iniciar multivitamínicos orais. Isto ajuda a cicatrização.

• manter a pele seca, limpa e hidratada (evitar umidade da urina e fezes).

• superfícies para redução pressão constante – colchões caixa de ovo.

• superfícies para redução pressão alternante – colchões de ar - pneumático .

• **Resultados esperados:** almeja-se que, finalizada a roda de conversa, os participantes tenham construído conhecimento sobre as principais medidas preventivas relacionadas às úlceras por pressão e saibam identificar suas localizações mais frequentes.

• **Avaliação pelos participantes:** através de dois cartões de cartolina nas cores azul (indicando que o participante compreendeu a atividade e a avaliou como útil e enriquecedora) e vermelha (sinalizadora de que o participante nada construiu de conhecimento sobre o tema). Estes cartões terão sido distribuídos aos participantes no início da atividade, com orientações para que ao término da mesma, levantem aquele na cor indicativa da percepção sobre a atividade. A equipe coordenadora se encarregará de realizar a contagem dos cartões e discutir a validade da ação, analisando a necessidade de adequações.

# REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Disponível em https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao Acesso em 30 de outubro de 2017.

2. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão. In. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Nov/Dez; 18(6):1-10. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/54b4/fb53e3153f8697823087dbee434882ee30e3.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2017.

3. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev. Gaúcha Enferm. 2013 Mar; 34(1): 111-118. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/14.pdf> Acesso em 3 de novembro de 2017.

4. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no pré-operatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):124-31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf> Acesso em 3 de novembro de 2017.

## AUTORES


Altair Paulino de Oliveira Campos
Ana Cláudia Sayão Capute
Aparecida Carmem de Oliveira
Bruno Monteiro Tavares Pereira
Carlos Eduardo Cardoso
Diego Costa Ferreira
Edsneider Rocha Pires de Souza
Eduardo Tavares Lima Trajano
Felipe Moreira de Andrade
Gabriel Porto Soares
Girley Cordeiro de Souza
Humberto José Portella Garcia
João Carlos de Souza Côrtes Júnior
José Raphael Bigonha Ruffato
Marcela Azeredo da Rocha
Marco Antonio Orsini Neves
Marco Aurélio dos Santos Silva
Marco Felipe Bouzada Marcos
Maria Cristina Almeida de Souza
Marise Maleck de Oliveira
Marlon Mohamud Vilagra
Pietro Novellino
Renato Gomes Pereira
Ricardo Pessoa Martello de Souza
Ronaldo de Souza Silveira
Rossano  Kepler Alvim Fiorelli
Saulo Roni Moraes
Stênio Karlos Alvim Fiorelli
Ulisses Cerqueira Linhares
Valéria Salazar

INTERAGIR EDITORA

www.interagireditora.com.br
facebook.com/interagireditora

9 788565 441384