



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE E
ENFERMAGEM

Adriana Bessa Fernandes Medeiros

ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS
HOSPITALIZADOS: análise da prevalência e fatores
de risco

FORTALEZA-CEARÁ

2006

Universidade Estadual do Ceará
ADRIANA BESSA FERNANDES MEDEIROS

ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS
HOSPITALIZADOS: análise da prevalência e fatores
de risco

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, para obtenção do título de Mestre. Linha de pesquisa: O Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: **Profª Drª Maria Célia de Freitas**

FORTALEZA-CEARÁ
2006

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Medeiros, Adriana Bessa Fernandes
Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Fortaleza, 2006. 125p.

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde/UECE – Área de concentração: Enfermagem.
Orientadora: Freitas, Maria Célia de .

1. Úlcera de pressão 2. Idoso 3. Prevalência

ADRIANA BESSA FERNANDES MEDEIROS

**ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS:
ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO**

Dissertação submetida à Coordenação
do Curso de Mestrado Acadêmico em
Cuidados Clínicos em Saúde e Enferma-
gem da Universidade Estadual do Ceará
como requisito para obtenção do grau de
Mestre.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a).Dr.(a) Maria Célia de Freitas (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Prof.(a) Dr.(a) Consuelo Helena Aires de Freitas
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará

Prof.(a) Dr.(a) Maria Euridéa de Castro
Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Maria Célia de Freitas por sua atenção, dedicação e carinho como orientadora deste trabalho e pela amizade, pelas oportunidades de crescimento e aprendizado que me proporcionou. Muito Obrigada.

Ao Prof^o Dr. Paulo César de Almeida pela valiosa colaboração e atenção com que se dedicou na assessoria estatística deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora Prof^a Dr^a Maria Célia de Freitas, Prof^o Dr. Paulo César de Almeida, Prof^a Dr^a Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes, Prof.^a Dr^a Maria Eurideá de Castro pela contribuição na avaliação deste trabalho.

À Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde em Enfermagem e aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Geral de Fortaleza, Ceará.

Às amigas Albertisa, Fátima, Elidiana, Edna, Ana Célia, Natália e Islane que sempre estiveram presentes com apoio e alegria no momento tão difícil de construção deste trabalho.

À minha família e esposo que me suportaram e me ajudaram durante todo esse processo.

À Universidade Estadual do Ceará, onde me formei e considero a minha segunda casa.

A Deus, pois sem Ele nada disso seria possível.

Jesus disse: "(...) Entre vós sou como aquele que serve." (Lucas 22:27) Como verdadeiros seguidores de Jesus, devemos também servir aos outros.

Servir é ajudar os que necessitam de auxílio. O serviço cristão brota do amor genuíno pelo Salvador e do amor e preocupação por aqueles que Ele nos dá a oportunidade de ajudar assim como a orientação para fazê-lo. O amor é mais do que um sentimento; quando amamos alguém, queremos ajudá-lo.

Todos nós devemos estar dispostos a servir, não importando qual seja a nossa renda, idade, condição de saúde ou posição social. Algumas pessoas acreditam que apenas os pobres e os menos dotados devem servir. Outras acham que apenas os ricos devem fazê-lo. Todavia, Jesus ensinou de modo diferente. Quando a mãe de dois de Seus discípulos pediu-Lhe que desse honra aos filhos em Seu reino, Jesus respondeu: "Mas todo aquele que quiser entre vós fazer-se grande seja vosso serviçal; E, qualquer que entre vós quiser ser o primeiro, seja vosso servo." (Mateus 20:26-27)

RESUMO

Medeiros, A. B. F., **Úlcera por pressão em idosos hospitalizados**: análise da prevenção e fatores de risco. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

As inquietações surgiram a partir da convivência com pacientes idosos durante a prática profissional em hospitais, *home-care*, acompanhando familiares e amigos. Percebeu-se a necessidade do conhecimento ampliado por meio da realização de estudos que revelem a prevalência da úlcera por pressão em pessoas idosas hospitalizadas, para um maior conhecimento da realidade desses pacientes e dos fatores de risco relacionados à úlcera por pressão, com a atenção direcionada para a prevenção desse tipo de lesão. O objetivo da pesquisa foi analisar a prevalência e os fatores de risco das úlceras por pressão em idosos hospitalizados. A amostra foi composta de 300 prontuários de idosos internados nos anos de 2003 a 2006 em um hospital público de nível terciário em Fortaleza. Os dados foram coletados por meio de um formulário que contemplou todas as anotações importantes pertinentes à temática. A maioria da população estudada foi de idosos na faixa etária de 73 a 83 anos (34,7%). As patologias mais prevalentes foram: o AVC (60%) e a hipertensão arterial (74,3%). Dos idosos, 27(9%) eram tabagistas e 10 (3,3%), etilistas. Com relação às cirurgias, 33,3% dos pacientes realizaram algum procedimento. Os medicamentos mais associados à ocorrência de úlceras durante a hospitalização foram antiinflamatórios, broncodilatadores, vasopressores, dopaminérgicos (20,7%) e antibióticos (12,3%). Os fatores de risco mais associados ao desenvolvimento das lesões foram as patologias crônico-degenerativas, a imobilidade no leito, o estado nutricional deficitário (44), a pressão (43) e outros (coma, medicamentos). Dentre as condutas de prevenção mais registradas nos prontuários destacaram-se a ausência de conduta (86%) e a mudança de decúbito (12,3%). As condutas de tratamento mais utilizadas foram os curativos sem especificação do tipo (5,6%), colagenase (4%), ausência de condutas registradas no prontuário (3%) e curativos com hidrocolóide (3%). A prevalência de úlceras por pressão, em 2003, foi de 23,2%; em 2004, 11,1%; em 2005, 19,9% e em 2006 de 21,3% durante a hospitalização. Recomendações para a prevenção das úlceras por pressão: elaboração de um programa de prevenção das úlceras por pressão; disponibilidade de profissionais enfermeiros especialistas em feridas (estomaterapeutas), com a finalidade de implementar protocolos de assistência e avaliação do portador de feridas; e utilização de escalas de predição de risco para desenvolvimento das úlceras por pressão.

Palavras-chave: úlcera de pressão, idoso, prevalência.

ABSTRACT

Medeiros, A. B .F., **Ulcer by pressure in aged hospitalized**: analysis of the prevalence and factors of risk. 2006. 125 f. Master Thesis- Center of Sciences of the Health, University State of the Ceará , Fortaleza, 2006.

The fidgets had appeared from acquaintance with aged patients during the practical professional in hospitals, home-care, having folloied familiar and friends. It was perceived necessity of the knowledge extended by means of the accomplishment of studies that disclose, the prevalence of the ulcer for pressure of hospitalized aged people, for a bigger knowledge of the reality of these patients and the related factors of risk to the ulcer for pressure, with the attention directed for the prevention of this type of injury. The objective of the research was to analyze the prevalence and factors of risk of the ulcers for pressure in aged hospitalized. The sample was composed of 300 manuals of elders interned public hospital of tertiary level in Fortaleza, between 2003 and 2006. The study was approved by the Committee of Ethics in Research of the Institution. The data were collected using a form that contemplated all the important annotations concerning to the thematic. The majority of the population studied was of elders in the age group of 73 to 83 years (34,7%). The pathologies most found in the elderly investigated by the research were the CVA (60%) and the arterial hypertension (74,3%). Of the 300 elders, 27(9%) were smokers and 10(3,3%) were alcoholics. Regarding to the surgeries, 33,3% of the patients carried out some procedure. The medicines more associated to the occurrence of ulcers during the hospitalization were antinflammatories, bronchodilatation, use of vasopressors, dopaminergics(20,7%) and antibiotics(12,3%).The risk factors more associated to the development of the wounds were the chronic-degenerative pathologies, immobility in the bed, others (coma, medicines), deficit in the nutrition state and pressure. Among the prevention conducts registered in the manuals we detached the absence of any conduct (86%) and change of decubitus (12,3%). The conducts of handling more utilized were the curative without specification of the kind (5,6%), collagenase (4%), absence of conducts registered in the manual (3%) and curative with hydro colloids (3%). The predominance of ulcers by pressure found in 2003 was of 23,2%, in 2004 (11,1%), 2005 (19,9%) and in 2006 of 21,3% during the hospitalization. Recommendations for the prevention of the ulcers for pressure: elaboration of one program of prevention of the ulcers for pressure, to make use of professional nurses specialists in wounds (enterostomal therapists) with the purpose to implement protocols of assistance and evaluation of the carrier of wounds and to use scales of prediction of risk for development of the ulcers for pressure.

Keywords: ulcer by pressure, aged, prevalence.

RESUMÉN

Medeiros, A. B. F., **Úlcera por presión en ancianos hospitalizados:** análisis del predominio y de los factores del riesgo. 2006. 125 f. Disertación (Maestría) – Centro de Las Ciencias de La Salud, Universidad Estadual do Ceara, Fortaleza, 2006.

La intranquilidad había aparecido del convivência con los pacientes envejecidos durante el profesional práctico en hospitales, hogar-cuidado, después de familiar y de amigos. Era necesidad percibida del conocimiento ampliado por medio de la realización de estudios que divulga, el predominio de la úlcera por presión en los mayores hospitalizados, para un conocimiento más grande de la realidad de estos pacientes y de los factores relacionados del riesgo a la úlcera por presión, con la atención dirigió para la prevención de este tipo de lesión. El objetivo de la investigación era analizar el predominio y los factores del riesgo de las úlceras para la presión en mayor hospitalizado. La muestra fue compuesta de 300 prontuarios de ancianos internados en los años de 2003 a 2006 en un hospital público de nivel terciario en Fortaleza. Los datos fueron recolectados por medio de un formulario que contempló todos los apuntes importantes pertinentes a la temática. La mayoría de la población estudiada fue de ancianos de 73 a 83 años (34,7%). Las patologías más prevalentes en los mayores investigados por la pesquisa fueron el AVC (60%) y la hipertensión arterial (74,3%). De los 300 ancianos, 27(9%) eran usuarios de tabaco y 10(3,3%) eran etilistas. Respecto a las cirugías, 33,3% de los pacientes realizaron algún procedimiento. Las medicinas más asociadas a la ocurrencia de úlceras durante la hospitalización fueron antiinflamatorios, broncodilatadores, vasopresores, dopaminérgicos (20,7%) y antibióticos (12,3%). Los factores de riesgo más asociados al desarrollo de las lesiones fueron las patologías crónico-degenerativas, la inmovilidad en el lecho, otros (coma, medicinas), estado nutricional deficitario (44) y presión. De las conductas de prevención registradas en los prontuarios se sobresalen la ausencia de conducta (86%) y cambios de decúbito (12,3%). Las conductas de tratamiento más utilizadas fueron los curativos sin especificación del tipo (5,6%), "colagenase" (4%), ausencia de conductas registradas en el prontuario (3%) y curativos con "hidrocoloide" (3%). La prevalencia de úlceras por presión encontrada en 2003 fue de 23,2%, en 2004 (11,1%), 2005 (19,9%) y en 2006 de 21,3% durante la hospitalización. Recomendaciones para la prevención de las úlceras por presión: elaboración de un programa de la prevención de las úlceras para la presión, para hacer uso a especialistas de las enfermeras del profesional en las heridas (terapeutas enterostomais) con el propósito de poner protocolos de la ayuda y la evaluación en ejecución del portador de heridas y de utilizar escalas de la predicción del riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión.

Palabras claves: úlcera de presión, anciano, prevalencia.

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1- Cuidado por fatores de risco</i>	40
Quadro 2- Alterações benignas na pele do idoso	45
Quadro 3- Distribuição das condutas de prevenção documentadas no prontuário. Fortaleza-Ceará, 2006	94
Quadro 4- Distribuição das condutas de tratamento documentadas no prontuário. Fortaleza-Ceará, 2006	97

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela-1 Pontuação baseada na escala de Norton</i>	37
Tabela-2 Pontuação baseada na Escala de Braden	38
Tabela-3 Tipos de curativos	48
Tabela-4. Distribuição do número de idosos segundo as variáveis sociodemográficas. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	63
Tabela-5 Distribuição do número de idosos segundo vícios. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	65
Tabela-6 Distribuição do número de idosos segundo vícios e faixa etária. HGF - Fortaleza-Ceará, 2003 a 2006	66
Tabela-7 Distribuição do número de idosos segundo os diagnósticos mais prevalentes. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	67
Tabela-8 Distribuição do número de idosos segundo os diagnósticos relacionados à ocorrência de amputação de membros. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	69
Tabela-9 Distribuição do número de idosos que realizaram cirurgias. Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	70
Tabela-10 Distribuição do número de idosos segundo a ocorrência das úlceras por pressão na hospitalização e a utilização de medicamentos. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	72
Tabela-11 Distribuição do número de idosos segundo as amputações e lesões cutâneas prévias ocorridas. HGF - Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	75
Tabela-12 Distribuição do número de idosos segundo os fatores de risco e faixa etária. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	77
Tabela-13 Distribuição do número de idosos segundo fatores de risco e presença/ausência de úlceras por pressão com resultados estatísticos. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	79
Tabela-14 Distribuição do número de idosos segundo a ocorrência das úlceras por pressão na admissão/hospitalização e os dias de internação. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	83
Tabela-15 Distribuição do número de idosos segundo as taxas de prevalência das úlceras por pressão por ano de internação na admissão e hospitalização - HGF- Fortaleza-Ceará, 2003 a 2006	88

Tabela-16 Distribuição do número de idosos segundo a freqüência das úlceras por pressão na admissão e /ou hospitalização. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	90
Tabela-17 Distribuição do número de idosos segundo a presença de úlceras por pressão na hospitalização/admissão e faixa etária com sexo. HGF - Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006	92
Tabela-18 Mapa de decisão sobre os curativos com base nas características da ferida	100

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1- Pacientes sob risco de úlceras por pressão</i>	30
Figura 2- Localizações anatômicas suscetíveis à formação das úlceras por pressão	31
Figura 3- Localizações anatômicas suscetíveis à formação das úlceras por pressão	31
Figura 4- Tipos de necrose	54
Figura 5- Métodos de desbridamento	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	22
3. REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 Úlcera por pressão: revisão conceitual, classificação, antecedentes e históricos	23
3.2 Epidemiologia das úlceras por pressão no mundo e no Brasil	26
3.3 Etiopatogenia	29
3.4 Fatores de risco das úlceras por pressão	33
3.5 Medidas Preventivas	38
3.6 Envelhecimento da pele	43
3.7 Envelhecimento da população mundial	45
3.8 Tratamento das úlceras por pressão	47
4. METODOLOGIA	58
4.1 Tipo de Estudo	58
4.2 Local escolhido para o estudo	58
4.3 População e amostra	59
4.4 Variáveis do estudo	60
4.5 Coleta de dados	60
4.6 Análise dos dados	61
4.7 Aspectos éticos	61
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5.1 Caracterização sociodemográfica	62
5.2 Relação entre os fatores de risco e as úlceras por pressão	67
5.2.1 Patologias mais prevalentes	67
5.2.3 Cirurgias	70
5.2.4 Efeitos dos medicamentos na ocorrência das úlceras por pressão	71
5.2.5 Amputações e lesões cutâneas prévias	74
5.3 Ausência de escalas de predição de risco para úlceras por pressão	84
5.4 Prevalência das úlceras por pressão	87
5.4.1 Presença das úlceras por pressão na admissão e/ou hospitalização	89

5.4.2	Condutas de prevenção documentadas no prontuário	93
5.4.3	Condutas de tratamento documentadas no prontuário	97
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
7.	REFERÊNCIAS	106
8.	APÊNDICES	116
9.	ANEXOS	120

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão revelam-se como problemas de grande magnitude, especialmente dentro das instituições hospitalares. São complicações iminentes que podem ocorrer em clientes hospitalizados, principalmente naqueles com idade avançada. Certamente, existem fatores facilitadores ou situações que contribuem para que essas lesões ocorram. Os fatores de risco, em muitos casos, estão aliados às condições clínicas do cliente, bem como ao seu estado físico e emocional. Fatores de risco como a pressão exercida nos tecidos moles em locais de proeminência óssea, cisalhamento e fricção, mobilidade reduzida, ausência ou diminuição da perfusão tissular, exposição à umidade, estado nutricional, envelhecimento, doenças degenerativas, cirurgias, medicamentos e tempo de internação.

Observa-se então que não persistem somente os fatores relacionados à condição clínica e emocional do cliente, mas também uma diversidade de situações agravantes que envolvem a equipe de saúde que presta os cuidados e o tratamento dispensado a eles na fase de hospitalização e retorno para casa. Esses problemas ainda estão presentes apesar dos esforços contundentes dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, para solucionar a questão do aparecimento de lesões de pele como as úlceras por pressão.

Existem fatores de risco específicos da idade que propiciam o desencadeamento das úlceras por pressão nos idosos. Irion (2005) descreve alguns, relacionando aspectos do envelhecimento da pele aos fatores de risco da úlcera por pressão como a flacidez, a redução da umidade da pele (pele seca), a redução da espessura da pele do idoso - o que lhe confere uma aparência de transparência e fragilidade - e a diminuição da circulação sangüínea, provocando atrofia ou destruição dos anexos da pele. Esses aspectos podem influenciar na ocorrência das úlceras por pressão nos idosos, pois a pele estará mais frágil, sensível, apresentando problemas de cicatrização e elasticidade reduzida, o que favorece o aparecimento dessas lesões (IRION, 2005).

Por ser uma realidade constante presente nos hospitais e clínicas que cuidam e internam pessoas idosas, gera uma insatisfação e necessidade do enfermeiro intervir diretamente na melhoria desta.

Considera-se, então, a importância de se realizar algumas perguntas que permitirão uma visão abrangente da temática e um planejamento da assistência de enfermagem.

Qual a prevalência da úlcera por pressão em idosos? Como o conhecimento da prevalência das úlceras por pressão pode auxiliar os profissionais de saúde na criação de medidas de prevenção e tratamento efetivos? Por que os idosos estão mais expostos à aquisição das lesões ocasionadas por úlceras por pressão?

São inquietações que surgem a partir da convivência com pacientes idosos durante a prática profissional em hospitais, *home-care*, acompanhando familiares e amigos. Percebeu-se a necessidade do conhecimento ampliado por meio da realização de estudos que revelem a prevalência da úlcera por pressão de pessoas idosas hospitalizadas, para um maior conhecimento da realidade desses pacientes e dos fatores de risco relacionados à úlcera por pressão, com a atenção direcionada para a prevenção desse tipo de lesão.

A estimativa da prevalência da ocorrência de úlceras por pressão em idosos hospitalizados possibilitará traçar o perfil dessa clientela e elaborar estratégias que subsidiem a elaboração de protocolos, algoritmos e programas de prevenção e tratamento, levando em conta as peculiaridades da população em discussão.

A prevalência é entendida como “a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população”. De acordo com Rouquayrol, pode ser conceituada como o “termo que descreve a força com que subsistem as doenças nas coletividades” (ROUQUAYROL; PONTES, 2003, p.53).

Acredita-se que, com o conhecimento da prevalência das úlceras por pressão, será possível traçar um perfil epidemiológico dessa população, tornando realidade a elaboração de medidas preventivas que contemplem uma ação direta sobre os fatores de risco para essa lesão.

Por essas razões, existe a necessidade de estudos de prevalência das úlceras por pressão em unidades hospitalares, pois estes ainda são escassos em nosso meio. Esses estudos epidemiológicos, realizados em todos os hospitais brasileiros, demonstrariam o retrato das condições da assistência fornecida nessas unidades, o perfil da clientela e a gravidade do problema da úlcera por pressão.

Observa-se, no cenário hospitalar, o reaparecimento de situações de adoecimento associadas às condições crônico-degenerativas, como acidentes vasculares cerebrais, diabetes mellitus, infartos, hipertensão arterial e outras patologias que afetam especialmente idosos. Tais situações geram complicações associadas não somente à gravidade do estado de saúde, mas relacionadas ao fato do indivíduo estar em idade extrema do curso de vida, a velhice, que decorre em fragilidade e favorecimento de doenças que podem causar complicações associadas, como lesões de pele, incontinências urinária e anal, quedas, acidentes, fraturas e outros.

Aliados ao fator envelhecimento e doença, podem surgir lesões, injúrias ou traumatismos decorrentes do longo tempo de internação em instituições hospitalares, imobilização no leito ou cama e até mesmo quedas provocadas pela fragilidade do organismo do idoso.

As conseqüências de um longo processo de internação consistem em desgastes emocionais e psicológicos, além do risco iminente do desenvolvimento de lesões de pele como a úlcera por pressão. Esta condição vem geralmente associada à hospitalização longa, bem como aos fatores relacionados a ela, além da condição individual do idoso.

Langemo *et al* (2002) relatam que o desenvolvimento de lesões que prejudicam a integridade da pele em pacientes hospitalizados pode ocasionar alterações na qualidade de vida dessas pessoas assim como seqüelas advindas do aumento do tempo de internação, demandando planejamento de ações de reabilitação e recuperação do paciente.

Todas essas questões perpassam por acesso aos serviços de saúde, prevenção e promoção da saúde, estabelecimento de prioridades no acompanhamento e tratamento de indivíduos doentes e melhores condições de vida da população, em especial os idosos, por suas peculiaridades descritas.

A úlcera por pressão pode ocasionar complicações sérias e graves que, em idosos hospitalizados, produzem um índice acentuado de mortalidade ou morbidade relacionado a essa lesão. Os indicadores epidemiológicos demonstram que a incidência e prevalência das úlceras por pressão ainda são elevados, especialmente nos hospitais.

Alguns estudos de avaliação epidemiológica da ocorrência da úlcera por pressão estão sendo desenvolvidos em alguns hospitais brasileiros, como um

realizado no Hospital São Paulo no ano de 2004 por Blanes *et al*, no qual consideraram que dos 78 clientes portadores de úlcera por pressão, 68% adquiriu a lesão no hospital. Observa-se, então, uma ocorrência alta de úlceras por pressão associadas ao fator hospitalização.

Por ser uma lesão que envolve os aspectos mencionados anteriormente, sua etiologia deve ser discutida e conhecida com segurança pelos profissionais de saúde, no que tange aos problemas relacionados à internação hospitalar.

Deste modo, é de suma importância que o enfermeiro e a equipe de enfermagem conheçam os fatores relacionados à úlcera por pressão, para intervir efetivamente com o intuito de evitar complicações e tratamentos caros, especialmente em clientes de risco, como idosos, comprometendo a mobilidade e favorecendo a perda da capacidade funcional. Por ser um profissional próximo ao cliente e prestar cuidados diretos a ele, o enfermeiro precisa estar preparado para atuar na assistência por meio de análise da situação, avaliação minuciosa do cliente, exame físico, busca de evidências científicas na tentativa de resolução de problemas e soluções práticas e personalizadas.

A úlcera por pressão é entendida como uma lesão cutânea ocasionada por uma pressão exercida em áreas de proeminência óssea, impedindo ou dificultando a perfusão tissular, tendo como consequência danos teciduais e até necrose (CARDOSO, CALIRI e HASS, 2004).

Portanto, acredita-se que o envelhecimento da pele poderá favorecer lesões do tipo úlceras por pressão. Por ser um problema comum e constante em indivíduos idosos hospitalizados, a combinação dos fatores de risco aliados à idade torna-se um problema de saúde pública que deve ser prevenido e acompanhado de perto, pela diversidade de consequências que podem surgir.

Em se tratando da pessoa idosa, o envelhecimento da pele é um dos aspectos que mais influenciam na aquisição de úlceras por pressão, pois sua pele, órgão mais exposto às agressões externas, possui funções primordiais relacionadas com a proteção, a termorregulação, a barreira contra microorganismos, a regeneração e a cicatrização de lesões.

O envelhecimento do sistema tegumentar deve ser compreendido em todas as suas fases, no intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso hospitalizado e com dependência, pois será possível uma detecção precoce de lesões, traumas e outras patologias. Dessa forma, nesta etapa da vida, a pele passa por mudanças

drásticas como redução do número de vasos sangüíneos, queda dos pêlos, diminuição dos pigmentos protetores como a melanina. Além disso, existem alterações no aspecto das unhas, a pele torna-se mais fina, deixando-a exposta a traumas e lesões e à redução da função imunológica, podendo propiciar doenças como o câncer de pele, dentre outras (SPENCER, 1999; SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

Esta interação entre vários fatores, sejam eles externos ou internos, desencadeia a possibilidade da ocorrência das úlceras por pressão. Dentre os externos, mais discutidos na literatura, podemos citar: a pressão sobre os tecidos, tolerância da pele a essa pressão, imobilidade parcial ou definitiva, exposição da pele à umidade, fricção e cisalhamento. São tidas como fatores internos a idade avançada, desnutrição, patologias degenerativas, infecções e insuficiência arterial e venosa (BERGSTRON *et al*, 1987; PETROLINO, 2002; ANSELM *et al*, 2003).

Infelizmente a ocorrência dessas lesões em indivíduos idosos ainda é bastante freqüente, sendo necessária uma ação urgente e assertiva. Para que isso ocorra, é essencial a realização de estudos sobre a prevalência das úlceras por pressão, para traçar o perfil desse cliente, conhecendo o tamanho real dessa problemática por meio de estatísticas que comprovem a realidade investigada.

Devido ao constante aparecimento das úlceras por pressão e à reduzida quantidade de estudos de âmbito nacional sobre a prevalência dessas lesões em pessoas idosas hospitalizadas, considera-se relevante a realização desta pesquisa.

Os estudos de prevalência e incidência de úlcera por pressão provêm informações valiosas acerca da freqüência e do impacto dessa problemática na qualidade dos serviços de saúde, e permitem monitorá-la de forma contínua, além de oferecerem subsídios a programas de prevenção (ANSELM, PEDUZZI; JÚNIOR, 2003:59)

A realização da pesquisa foi possível após o conhecimento da prevalência e a avaliação da dimensão do problema nas instituições hospitalares como forma para adoção das medidas de prevenção das úlceras por pressão. Além disso, torna-se um ganho o desenvolvimento de estudos na área de atuação da estomaterapia, por possibilitar a reflexão dos enfermeiros sobre a qualidade da assistência prestada aos idosos hospitalizados e sobre como melhorar o cuidado direcionado a essa clientela.

O enfermeiro estomaterapeuta, por ser especialista no cuidado a clientes com feridas, incontinências, cateteres, drenos e ostomias deve proporcionar um cuidado clínico mais atento às reais necessidades da pessoa que está assistindo. O cuidado clínico deve estar presente em todas as ações de enfermagem, não somente no que se refere ao aspecto patológico da doença, mas especificamente ao ser humano e como este responde às condições de adoecimento. A Enfermagem clínica é a enfermagem direcionada a todas as clientelas, pois comporta todas as diretrizes e objetivos para assistir a pessoa que está doente e proporcionar o bem-estar do ser humano, uma vez que detecta complicações, evita ações centradas somente no agravo, preocupando-se em *sentir, intuir, ir além do intelectual*, ou seja, ir além da doença e suas causas (FIGUEIREDO; SANTOS, 2005).

A Enfermagem, com isso, deve ser capaz de perceber os problemas que acometem seus clientes, por meio de um exame clínico completo, interação efetiva com o paciente, observação de suas respostas à doença, cuidado centrado no ser humano e não somente na patologia.

A clientela idosa exige cuidados mais específicos por estar numa fase da vida em que o organismo passa por diversas modificações, órgãos em processo de envelhecimento, fragilidade, e outros aspectos aos quais o profissional de saúde deve estar atento.

Dessa forma, observa-se que existem escassos programas de prevenção das úlceras por pressão em idosos hospitalizados, bem como os fatores de risco para estas lesões são pouco conhecidos pela equipe de enfermagem e de saúde. Não há um conhecimento prévio na maioria das instituições hospitalares a respeito da incidência ou prevalência das úlceras por pressão, especialmente em idosos, reforçando a importância da implementação de um estudo dessa natureza. E por último, por existir uma discreta quantidade de pesquisas abrangendo a temática prevalência de úlceras por pressão, especialmente em idosos, considerou-se relevante a realização desse estudo.

O estudo possibilitou a identificação e o conhecimento de fatores de risco para úlceras por pressão, além de fornecer um direcionamento para a implantação de medidas de prevenção e para o tratamento e acompanhamento de lesões já estabelecidas.

Dessa forma, existe a necessidade de fundamentar essa realidade e conhecê-la mais de perto por meio da pesquisa, possibilitando observar as nuances das úlceras por pressão e suas características, quantificar seu aparecimento e revelar o impacto que essas lesões provocam no organismo do indivíduo idoso.

A pesquisa permitiu além de conhecer a prevalência da úlcera por pressão, avaliar a dimensão do problema na instituição hospitalar, favorecendo a elaboração de estratégias de prevenção.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

*Conhecer a prevalência das úlceras por pressão em idosos hospitalizados;

*Identificar os fatores de risco da úlcera por pressão;

*Identificar o perfil epidemiológico do idoso com úlcera por pressão, verificando subsídios para prevenção;

*Verificar a relação entre a úlcera por pressão e as variáveis: fatores sociodemográficos, patologias não-transmissíveis, fatores de risco, medicamentos, amputações, lesões cutâneas prévias, tempo de internação, presença de escalas de predição de risco para úlceras por pressão, úlceras por pressão na admissão e/ou hospitalização, prevenção e tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

Úlcera por pressão: revisão conceitual, classificação e antecedentes históricos

A úlcera por pressão é uma afecção cutânea ainda constantemente presente na assistência de enfermagem prestada aos pacientes, especialmente àqueles que estão hospitalizados.

A úlcera por pressão é denominada de várias formas, tais como “úlcera de decúbito”, “ferida de pressão” e por alguns profissionais de saúde é conhecida como “escara”. Sabe-se, no entanto, que a escara significa o tecido necrosado seco, que forma uma crosta presente em fases avançadas de uma ferida (COSTA, 2003).

Destaca-se, portanto, a importância de conhecer a nomenclatura correta desta patologia, assim como a etiopatogenia, fisiopatologia, estadiamento das lesões, classificação, fatores de risco, prevenção e tratamento, focalizando a evolução deste tipo de ferida.

A busca por uma melhor conduta no manejo com as úlceras por pressão, especialmente freqüentes em idosos, estimula no enfermeiro a necessidade da procura por novas fontes de informações, conhecimentos e especialização na área de estomaterapia.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem sempre estiveram atentos e presentes no cuidado das úlceras por pressão e feridas desde o século vinte. Torna-se claro, no entanto, que o tratamento de prevenção de feridas foi aperfeiçoando-se com o passar dos anos; novas técnicas e produtos foram surgindo e, com isso, a necessidade de atualização constante. Pouco se conhecia a respeito do tratamento de feridas e o homem foi aperfeiçoando-se, utilizando inicialmente folhas e ervas para estimular a cicatrização, e, posteriormente, mel e secreções de animais. O conhecimento nessa área foi ampliado a partir da I Guerra Mundial com o advento da penicilina, evoluindo até os conceitos atuais que utilizam o princípio da cicatrização em meio úmido. Somado a isso, o enfermeiro evoluiu, pesquisou, estudou e está sempre inovando no tratamento e na prevenção das úlceras por pressão, no momento em que escolhe o tipo de curativo e juntamente com outros

profissionais de saúde, realiza o planejamento e a implementação da assistência (SIMMONS, HENDERSON, 1964).

A diversidade de tratamentos e condutas direcionadas às úlceras por pressão necessita de embasamento e comprovação científicos, por meio de estudos, publicação de artigos, investigação de novos produtos e técnicas, mas, prioritariamente, o interesse por parte dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, de modificar a realidade dos pacientes idosos em risco de desenvolver essas lesões. Por essa razão, torna-se importante explicitar o conceito e a classificação da úlcera por pressão, fundamentados na literatura nacional e na internacional.

A úlcera por pressão é uma lesão cutânea decorrente de forças exercidas sobre proeminências ósseas que podem acometer a derme, a epiderme, o tecido subcutâneo e as camadas mais profundas como fáscia muscular, tendões e ossos (www.eccpn.aibarra.org).

As forças, referidas anteriormente, que atuam diretamente sobre a pele exposta do cliente idoso são conhecidas como pressão, fricção e cisalhamento e estão intimamente ligadas à ocorrência desse tipo de lesões associadas a outros fatores de risco e complicações potenciais decorrentes da internação hospitalar prolongada e da própria condição do paciente.

Para Irion (2005), a fricção acontece quando uma superfície ou um corpo são deslizados ou puxados diretamente sobre outra. Um exemplo disso seria quando um cliente é posicionado no leito e arrastado sobre o lençol é exercida uma força denominada de atrito, provocando a fricção.

A pressão é um fator de risco relacionado com duração e intensidade, de acordo com Costa (2003). Alguns autores consideram-na como uma força ou energia física que age perpendicularmente à pele como resultado da gravidade, causando um achatamento tecidual entre dois planos, um pertencente ao cliente e outro externo a ele (cadeira de rodas, camas, sondas e outros).

A pressão capilar oscila entre 16-32mmHg, ou seja, de acordo com os estudos realizados em Barcelona em 1995, em Madrid em 1996, com o Clinical Practice Guideline (nos Estados Unidos da América, 1994) e com Rodriguez *et al* (2004), uma pressão tecidual acima de 37mmHg poderá ocasionar oclusão do fluxo sangüíneo capilar nos tecidos, provocando hipóxia, e se não é aliviada ocorre a necrose dos mesmos. Segundo esses mesmos autores, a formação das úlceras por

pressão guarda relação direta tanto com a intensidade da pressão como com o tempo em que esta se mantém (www.ulceras.net).

Já o cisalhamento é um fator que combina os efeitos da pressão e fricção, exercendo forças paralelas na pele, empurrando o corpo do cliente para baixo, ocasionando deslizamento do mesmo, que pode provocar fricção no sacro e pressão sobre a mesma zona (PARANHOS, 2003; www.ulceras.net).

As ações de prevenção devem incidir diretamente sobre os fatores mencionados (pressão, fricção e cisalhamento), pois estes contribuem para a presença de úlceras por pressão. Por serem fatores contribuintes, torna-se preponderante a atuação do enfermeiro e equipe de enfermagem, utilizando todos os recursos e conhecimentos disponíveis, atualmente, bem como planos de prevenção com objetivos claros e viáveis.

As forças que atuam influenciando a ocorrência da úlcera por pressão são pontuadas por fatores específicos de cada cliente e sua condição clínica, que podem provocar danos superficiais ou profundos no tegumento, originando complicações decorrentes da evolução da lesão como infecção, tecido necrótico, sangramentos, condições clínica e física alteradas, procedimentos agressivos e até problemas sérios em órgãos e tecidos nobres como a fáscia muscular, tendões e tecido ósseo.

Dessa forma, torna-se importante definir a profundidade e classificação dos tecidos afetados para reconhecimento dos sinais de piora e tomada de decisão na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

A classificação do estadiamento das úlceras por pressão está disponível em várias literaturas nacionais e internacionais. Dentre as consultadas, destacam-se a EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*) e o GNEAUPP (*Grupo Nacional para o Estudo e Acessoramento de Úlceras Por Presión e Heridas Crônicas*), que divide em quatro os estágios das úlceras por pressão.

O estágio 1 da úlcera por pressão compreende um eritema que não embranquece na pele intacta, que pode apresentar como sinais a pele sem cor, edema e enduração (EPUAP, 2005). De acordo com GNEAUPP, o estágio 1 provoca uma transformação visível na pele íntegra, relacionada com a pressão que se revela por um eritema que não empalidece a expressão. Pode haver alterações da temperatura da pele, consistência do tecido e sensações como dor (FERNANDEZ *et al*, 2005).

Na prática, o estágio 1 revela-se exatamente no momento dos primeiros sinais de hiperemia na pele íntegra, sem rompimento da pele, já podendo torná-la frágil e propensa a lesões de acordo com o tipo de fatores de risco que nela estiverem incidindo.

Ocorre perda parcial da pele, no estágio 2 que atinge a epiderme, derme ou ambas ocasionando uma úlcera superficial que pode aparentar um abrasão ou flictenas (EPUAP, GNEAUPP, FERNANDEZ, 2005).

No estágio 2, ocorre uma destruição superficial da pele, com formação de abrasão (rompimento de solução de continuidade da pele), bolhas e feridas superficiais.

O estágio 3 causa perda total da pele que abrange lesão necrótica do tecido subcutâneo e que pode estender-se até a fáscia muscular, mas não através desta (EPUAP, GNEAUPP & FERNANDEZ, 2005).

No terceiro estágio, há formação de tecido necrótico que pode atingir com destruição dos tecidos até a fáscia muscular, com presença de exsudato e algumas vezes, infecção.

O estágio 4 provoca destruição profunda dos tecidos, com necrose, dano extenso a músculos, ossos, tendões com ou sem perda da densidade da pele (EPUAP, 2005). O GNEAUPP define o estágio 4 da úlcera por pressão confirmando o conceito anterior, como uma perda total da pele com destruição extensa, necrose tecidual ou do músculo, ossos e tendões (GNEAUPP & FERNANDEZ, 2005).

No estágio 4, há destruição total de todas as camadas da pele, atingindo o tecido ósseo, com necrose e exsudato. Nesse estágio, muitas vezes, torna-se necessário intervenção cirúrgica para uma limpeza mais profunda.

Iniciado o processo de acompanhamento da úlcera por pressão, é indispensável o estagiamento com uma exposição detalhada demonstrando a profundidade real da lesão, estágio atual e registro preciso em um instrumento escrito que possibilite ao profissional conduzir o tratamento e observar o processo de cicatrização com mais exatidão.

Epidemiologia das úlceras por pressão no mundo e no Brasil

A epidemiologia de uma patologia permite traçar o desenho de uma realidade ou situação na área de saúde ou agravos à mesma, proporcionando um

conhecimento dos dados relacionados aos fatos ocorridos para um melhor planejamento das ações de prevenção, promoção da saúde e reabilitação.

Dessa forma, a epidemiologia estuda e analisa o eixo das medidas preventivas, indica pistas para o diagnóstico de inúmeras doenças, configura a realidade da morbi-mortalidade com o objetivo de delinear o perfil de saúde-doença das populações humanas, bem como avalia os agentes agressores externos e ambientais com o propósito de observar a influência destes na ocorrência ou não das patologias (ROUQUAYROL, GOLDBAUN, 2003).

As questões definidas anteriormente destinam-se a detecção precoce e conhecimento da incidência e prevalência das úlceras por pressão, já que estas lesões parecem estar intimamente relacionadas a patologias crônico-degenerativas, hospitalizações prolongadas e idade, tornando-se necessária a descrição mais apurada do aparecimento das mesmas. Com isso, a epidemiologia permite uma avaliação das condições de surgimento das úlceras por pressão, para a formulação de um diagnóstico preciso e de uma tomada de medidas preventivas e tratamento efetivo.

Existem diversos indicadores epidemiológicos que podem ser disponibilizados para mensurar a ocorrência da magnitude do problema ocasionado pelas úlceras por pressão. Os mais conhecidos são a prevalência e incidência. Nesse estudo, utilizou-se somente a prevalência, pois se destacou um recorte de tempo para analisar os idosos hospitalizados que adquiriram ou não a lesão.

A prevalência mensura a proporção de pessoas em uma população definida que apresentam úlceras por pressão em um momento definido (www.gneaupp.org).

A prevalência torna-se um indicador selecionado para esta pesquisa, pois é possível demonstrar a influência dos fatores temporais que podem afetar a qualidade dos dados colhidos e analisados em um determinado recorte de tempo (www.gneaupp.org).

O indicador de prevalência permitirá ao enfermeiro planejar as medidas de prevenção e tratamento de acordo com o número de clientes idosos com úlcera por pressão e especialmente possibilitará determinar os fatores causadores da mesma.

Os estudos de prevalência das úlceras por pressão ainda são escassos no Brasil, não demonstrando a real situação epidemiológica dessas lesões. Portanto, existe a necessidade premente do desenvolvimento de pesquisas que retratem o perfil epidemiológico das úlceras no Brasil, com o intuito de evidenciar o problema e

proporcionar ao profissional de saúde indícios para um planejamento das ações de acompanhamento e prevenção.

A literatura internacional disponibiliza estudos de prevalência das úlceras por pressão, razão, portanto, de utilizarmos principalmente indicadores de outros países para delinear as taxas desse indicador.

De acordo com estudos realizados na Espanha, a prevalência das úlceras por pressão varia conforme o local, o tempo e a unidade de saúde:

- Em uma pesquisa realizada por Torra i Bou JE *et al*, em 2001, a prevalência das úlceras por pressão destaca que ocorre em 8,34% dos pacientes que recebem cuidado domiciliar, 0,54% dos clientes maiores de 65 anos, 8,81% mais ou menos a 10,21% de prevalência em hospitais e pode-se observar que 53,7% das úlceras são originadas no próprio hospital e 25,1% em outros hospitais (www.ulceras.net);
- A taxa de prevalência em pessoas idosas ainda permanece alta como podemos constatar em um estudo realizado em 1997, por Nancy Bergstrom e outros através da *Agency for Health Care Policy and Research* nos Estados Unidos, em que a incidência de úlceras em pacientes idosos hospitalizados por fraturas femorais foi de 66%, 23% em unidades de cuidados especializados, 60% de prevalência em clientes;
- Tetraplégicos e incidência de 2,7 a 29,5% de novos casos de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva (www.ulceras.net);
- Duarte *et al* (1999) estudaram a epidemiologia das úlceras por pressão na região autônoma da Madeira e chegaram à conclusão de que no meio hospitalar a prevalência dos doentes com úlcera foi de 7,1% e que a imobilidade e o AVC (acidente vascular cerebral) foram os fatores de risco ou causadores mais mencionados pelos enfermeiros participantes da pesquisa;
- Agreda e Torra em 1999 pesquisaram a epidemiologia das úlceras por pressão na Espanha e referiram que a prevalência encontrada em clientes com patologias agudas foi de 12,26%;
- Em um estudo executado em uma instituição de longa permanência do município de Londrina em 2002, verificou-se que dentre os 121

residentes, 20 deles (16,53%) apresentaram alguma história de úlcera por pressão. Um fator interessante encontrado foi que a quantidade de úlceras superou o número total de pessoas, pois metade deles apresentou mais de uma úlcera. (BISPO *et al*, 2002);

- Considerando ainda a identificação da incidência das úlceras por pressão, os índices revelaram uma taxa de 39,8% em duzentos e onze pacientes de risco no Hospital Universitário da USP. A prevalência evidenciada em um estudo em um Hospital Universitário em Minas Gerais, no ano de 2003, foi de 25,6% dentre os 250 prontuários selecionados pelas pesquisadoras (ROGENSKY, SANTOS, 2005; CARDOSO, CALIRI & HASS, 2004).

Verificou-se por meio dos estudos anteriores que a prevalência e a incidência mundiais das úlceras por pressão são bastante altas, revelando que ainda há muito a ser feito com relação à prevenção e ao tratamento dessas lesões. A úlcera por pressão é uma complicação resultante de patologias e condições que podem incapacitar as pessoas, especialmente os idosos, em razão do processo de envelhecimento.

Essas doenças elevam os custos hospitalares devido ao longo tempo de internação e às possíveis complicações decorrentes, como as úlceras por pressão. Os custos financeiros acarretam um ônus tanto para a família como para as instituições de saúde e governantes. Esse problema pode ser contornado se houver o conhecimento por parte dos profissionais de saúde do tamanho real do mesmo, através do perfil epidemiológico dos clientes com risco de desenvolver a úlcera por pressão, bem como dos fatores predisponentes para essas lesões.

Etiopatogenia

As úlceras por pressão acometem tanto pessoas jovens como pessoas idosas, mas os idosos estão mais expostos ao risco de desenvolvê-las devido a fatores relacionados à idade e à resposta do seu organismo às agressões externas. Para facilitar a compreensão, foi elaborado um quadro no qual estão demonstrados os fatores de risco para úlceras por pressão:

Pacientes sob risco de úlceras por pressão	
*doença crônica que exija repouso no leito	*incontinência
*desidratação	*desnutrição
*diabetes melito	*magreza
*redução da percepção da dor	*traumas
*fraturas	*imobilidade
*história de corticoterapia	*obesidade
*imunossupressão	*umidade
*disfunção mental, relacionada com coma, nível alterado de consciência, sedação ou confusão.	*úlceras por pressão prévias
*má circulação	*paralisia

Figura 1 Fonte: HESS, 2002

Os problemas anteriormente mencionados no quadro são considerados elementos que podem acelerar o aparecimento das úlceras por pressão, e muitos deles ocorrem, em sua maioria, no momento da hospitalização ou em patologias degenerativas que provocam imobilidade ou demências na pessoa idosa.

Cada uma dessas condições necessita de uma avaliação clínica do enfermeiro para a criação de um plano de prevenção para esse tipo de lesão, de acordo com as particularidades de cada cliente. Para que isso aconteça, o profissional deve lançar mão dos conhecimentos concernentes às úlceras por pressão e de como essas lesões afetam as pessoas em idade avançada.

Existem outros agravantes no risco para aparecimento das úlceras por pressão, como a pressão exercida sobre as proeminências ósseas, cisalhamento, fricção e umidade excessiva. De todos esses fatores, pode-se destacar como mais presente e o principal agente causador da lesão, a pressão exercida nos tecidos moles entre as proeminências ósseas.

As localizações anatômicas mais comuns para a presença de úlceras por pressão estão representadas nas figuras:

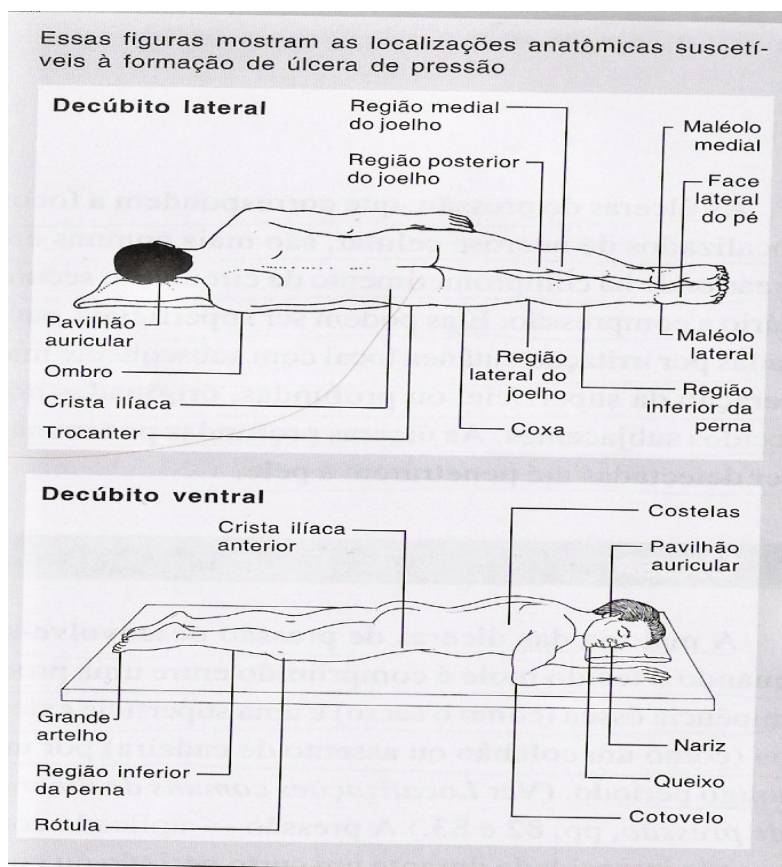


Figura 2

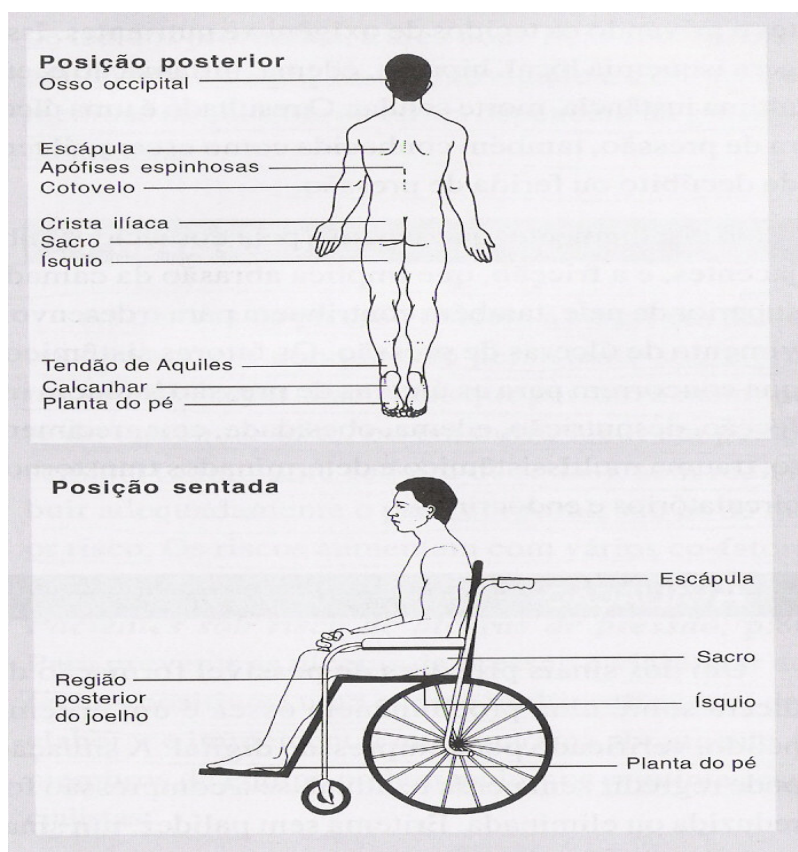


Figura 3 Fonte: HESS, 2002

Todas as regiões do corpo acima são potenciais para desenvolvimento de úlceras por pressão, pois são locais que contêm proeminências ósseas e, portanto, mais sujeitos a esse tipo de lesão. São regiões que vão exigir do profissional mais atenção no momento de avaliar o paciente, bem como na hora de selecionar o plano de prevenção ou tratamento das lesões.

Portanto, a identificação dos fatores de risco, os aspectos que levam ao desenvolvimento das úlceras por pressão, bem como o impacto que essas lesões desencadeiam na qualidade de vida dos pacientes portadores deve ser objeto de discussão e estudos constantes entre os profissionais de saúde. “As úlceras por pressão são lesões de origem isquêmica localizadas na pele e tecidos subjacentes, com perda de substância cutânea e produzidas por uma pressão prolongada ou fricção entre os planos sólidos” (www.ulceras.net).

A pressão contínua exercida sobre as proeminências ósseas por um tempo prolongado, sem mudança de posição, pode acarretar em uma lesão permanente dos tecidos de sustentação da pele, provocando lesões e até infecções, como complicações mais graves.

A carga tissular e a duração da pressão são fatores que atuam diretamente sobre o aparecimento das úlceras por pressão. Segundo alguns autores, a pressão capilar normal alterna-se entre 6-32 mmHg, ou seja, uma pressão acima de 32mmHg impedirá o fluxo sanguíneo normal para os tecidos, ocasionando hipóxia (baixa concentração de oxigênio), esta não sendo aliviada, provocará a morte tecidual ou necrose (www.acetia.org.br).

A fisiopatologia dessas lesões envolve uma cadeia de fatores que contribuem para o surgimento das úlceras relacionado com os aspectos definidos anteriormente. (ANEXO 1)

Existem, ainda, aspectos relacionados com a própria assistência prestada no meio hospitalar, como alguns procedimentos, material médico-hospitalar, seu tempo de permanência e sua forma de colocação no cliente como sondas, cadeiras de rodas, camas e outros.

Os efeitos da pressão, cisalhamento e fricção (movimentos de arrasto do paciente sobre uma superfície) manifestam-se em sintomas incômodos para o paciente: coloração arroxeadada no ponto de pressão em uma pessoa acamada e imobilizada, inflamação e engrossamento da pele afetada, irritação e dor, ulceração da pele e odor desagradável no corpo (SOUSA, 2006).

Os sinais e sintomas devem ser avaliados continuamente pelo enfermeiro no momento da admissão, durante a internação e por ocasião da alta, com o intuito de evitar evolução do estadiamento da lesão e complicações.

Fatores de risco das úlceras por pressão

Os fatores de risco demonstram uma série de indicadores para o aparecimento das úlceras por pressão. Esses fatores envolvem aspectos relacionados a ocorrências externas e internas que influenciam diretamente no planejamento das medidas de prevenção e tratamento das lesões.

Alguns autores consideram os fatores de risco como permanentes (idade, paralisia, imobilidade, coma) e variáveis ou patológicos (pressão prolongada sobre o tecido, fricção, diminuição do nível de consciência, incontinência, alterações nutricionais, obesidade e doenças como acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, síndrome de Guillian-Barré, esclerose, hemorragia subaracnóidea, hematoma subdural, lesões como fraturas e compressão da medula espinhal, fatores derivados do tratamento médico como sedativos - interferem na mobilidade -, corticóides, uso de sondas, fixações, colchões, repouso prolongado na cama, excesso ou falta de higiene) (www.ulceras.net).

Irion (2005) diz que os fatores de risco para úlceras por pressão estão relacionados com: causas físicas de imobilidade como alterações no tônus muscular, sensibilidade reduzida, lesões traumáticas e outras doenças musculares; causas cognitivas de imobilidade que incluem nível de consciência alterado, coma, anestesia, dor; sensibilidade reduzida, ocasionada por lesões medulares e cerebrais, bem como neuropatias periféricas; umidade excessiva decorrente da incontinência urinária e fecal; edema; desnutrição; e problemas oriundos da assistência ao cliente, como falta de mudança de decúbito, superfícies de apoio inadequadas, higiene deficiente e déficits nos cuidados com a pele e lubrificação.

A avaliação cuidadosa e meticulosa da pele diariamente permite o conhecimento dos fatores de risco para a realização de um diagnóstico mais preciso acerca das prioridades no tratamento e prevenção das lesões. A atuação eficaz sobre esses fatores determinará o sucesso da cicatrização, agravamento ou recidiva das úlceras por pressão.

Krasner e Cuzzel in Gogia (2003) concordam com Smeltzer e Bare (2006) que os fatores de risco como imobilidade, percepção sensorial alterada, inatividade, desnutrição, atrito, cisalhamento, pressão, perfusão tecidual reduzida, umidade aumentada, idade avançada, edema, péssima condição física, debilitação, utilização de trações, contenções, aparelho gessado, anemia, hipoproteïnemia, deficiência de vitaminas e perda dos reflexos de proteção devem ser identificados e o esboço de estratégias preventivas deve ser iniciado o mais prontamente possível.

Torna-se necessário, portanto, conceituar e explicitar individualmente cada fator com o intuito de avaliar o impacto que cada um exerce sobre o desenvolvimento das úlceras por pressão.

Imobilidade ocorre quando uma pessoa que está acamada, imóvel ou sem possibilidade de deambular, sofre uma pressão sobre a pele, tecidos e proeminências ósseas especificamente, através de colchões, cadeiras de rodas. O aparecimento das úlceras por pressão está atrelado à duração e intensidade dessa força.

Percepção sensorial alterada tem relação direta com o nível de consciência prejudicado, paralisia e coma, situações que provocam modificação na sensibilidade dos reflexos e reações à dor e estímulos. A alteração de sensibilidade ocasiona a falta de percepção do desconforto ou dor pelo paciente, especialmente aquela associada à pressão. A pressão prolongada interrompe o fluxo sanguíneo, reduzindo a nutrição da pele e tecidos subjacentes, podendo estimular o aparecimento das úlceras por pressão.

Perfusão tecidual reduzida é considerada qualquer situação que interfira ou diminua a circulação sanguínea e aporte de nutrientes para os tecidos acarretando péssima vascularização e conseqüentemente, tornando-os friáveis e suscetíveis a lesões.

Desnutrição contribui intensamente para a ocorrência de úlceras, também dificulta a cicatrização por provocar anormalidades como a anemia (reduz a capacidade de transporte de oxigênio, diminuindo as chances de uma recuperação mais rápida e eficaz, devido à péssima oxigenação dos tecidos). A hipoproteïnemia pode interferir na prevenção e tratamento das úlceras por pressão, especialmente a albumina que controla a entrada e saída de líquidos das células e hidratação, a sua deficiência implica em edema tissular, que é tido como um fator de risco importante para a presença das úlceras.

Umidade aumentada pode provocar maceração da pele, tornando-a mais frágil a agressões e ruptura, além de ser um agente facilitador da invasão de microorganismos, ocasionando a infecção (SMELTZER & BARE, 2006).

Idade avançada é um fator inevitável e irreversível, pois nos idosos a pele torna-se com o passar dos anos, mais seca, apresenta uma redução considerável da elasticidade e colágeno dérmico. A percepção sensorial é alterada e, por conseguinte, a capacidade da pessoa sentir a pressão exercida sobre as proeminências ósseas, interferindo na ocorrência das úlceras por pressão. Dessa forma, os idosos estão mais suscetíveis ao desenvolvimento dessas lesões.

Edema pode ocasionar úlceras por pressão no momento em que este fato provoca danos aos tecidos pelo edema impedir a circulação sangüínea livremente, levando à morte e necrose tissular, favorecendo o aparecimento das úlceras por pressão.

Péssimas condições físicas e debilitação são favorecidas por patologias crônico-degenerativas, neurológicas, hospitalizações prolongadas, fraturas, desnutrição e outras doenças. Essas condições tornam o organismo humano mais frágil e propenso às úlceras por pressão.

Outros fatores de risco adicionais podem ser considerados e algumas ações devem ser desenvolvidas para prevenção das úlceras por pressão baseadas na avaliação desses fatores (ANEXO1).

Um fator importante mencionado por Braden e Bergstrom (1987) que contribui para constituição da úlcera por pressão é a **hipotensão arterial sistêmica**. De acordo com esses autores, a hipotensão arterial pode ocasionar redução da circulação sangüínea para os tecidos e órgãos, provocando a vasoconstricção, conseqüentemente, alterando sua tolerância às agressões externas.

As **constantes modificações de temperatura** especialmente em pacientes com grave risco de vida e septicemia desenvolvem hipertermia ou hipotermia severas. Geralmente são sinais clínicos relacionados a patologias neurológicas ou crônicas que podem culminar em infecções disseminadas, sendo a hipertermia mais um fator de risco para o aparecimento das úlceras por pressão (BRADEN, BERGSTROM, 1987).

Sabe-se que o **tabagismo** é um fator desencadeante de muitas patologias pelo seu alto poder destrutivo e carcinogênico. A nicotina interfere diretamente no

transporte de oxigênio e nutrientes para os tecidos, dificultando o processo de cicatrização (MAKLEBUST, SIEGGREEN, 1996).

Considera-se também o **câncer** como um fator predisponente para as úlceras por pressão, assim como as outras doenças crônico-degenerativas, que possibilitam a suscetibilidade e a vulnerabilidade do corpo às outras afecções e infecções, por afetarem principalmente o sistema imunológico do cliente.

O **peso corporal**, ou seja, os extremos como obesidade ou caquexia, por apresentarem maiores dificuldades de mobilização estão sujeitos a outros fatores de risco associados como a fricção e cisalhamento (DUARTE, DIOGO, 2005).

Desta forma, os cuidados ao movimentar os pacientes idosos devem ser redobrados para evitar que essas forças atuem sobre a pele, rompendo-a.

As **intervenções cirúrgicas** podem ser apontadas por Bours, Laat e Lubbers (2001) como causas para a formação das úlceras por pressão, inicialmente pela anestesia que o paciente recebe e que contém o poder de reduzir a percepção sensorial e também pelo longo tempo que o cliente passa imóvel na mesa de operações, sem mudança de decúbito. Essas condições afetam os tecidos pelo deficiente aporte sangüíneo que chega até as células, podendo ocasionar a necrose celular.

A **higiene** se não realizada constantemente e a contento pode tornar-se um fator de risco, pois a presença de sujidades, restos de alimentos e umidade aumentam a possibilidade de fricção sobre a superfície em que se encontra o paciente, bem como facilita a propagação de microorganismos patogênicos e infecção.

Compreende-se que as úlceras provocam sofrimento físico e emocional, e é tarefa do enfermeiro e da equipe multiprofissional a redução da incidência de seus fatores de risco, prevenindo o seu desenvolvimento e permitindo ao paciente a realização de suas atividades diárias.

Escalas de predição de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão

A avaliação do cliente deve abranger diversos aspectos que incluem os fatores de risco para a formação das úlceras por pressão, especialmente

relacionados à documentação e registro através das várias escalas de predição de risco disponíveis atualmente.

Irion (2005) destaca que a quantificação possibilita aos profissionais de saúde a descrição objetiva de informações sobre os fatores de risco para identificar os clientes que necessitam de medidas preventivas e intervenções imediatas determinadas pela análise desses fatores.

Muitos parâmetros são considerados durante a avaliação do cliente em risco de desenvolver úlceras por pressão pelas escalas como imobilidade, incontinência, desnutrição e estado mental alterado, ocorrendo algumas diferenças entre uma escala e outra.

As escalas mais conhecidas são a de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden. A Escala de Norton foi uma das primeiras a serem conhecidas e elaboradas. Em 1962 foi criada por Norton e seus colaboradores e indica cinco variáveis: condições físicas, condições mentais, atividade, mobilidade e inconsciência. Cada uma dessas variáveis é descrita com pontuação por meio de escores que variam de 1 a 4, podendo totalizar de 5 a 20 (BRADEN, BERGSTROM, 1994; GOLDSTONE, GOLDSTONE).

Na Escala de Norton, o risco é determinado pela soma, ou seja, quanto menor a pontuação, maior o risco de aparecimento da úlcera por pressão. Uma pontuação com total de 12 escores ou menos sinaliza um alto risco de formação da úlcera por pressão, como podemos constatar na tabela 1:

Tabela 1. Pontuação baseada na escala de Norton

	4	3	2	1
Condição física	Boa	Média	Deficiente	Má
Condição mental	Alerta	Apático	Confuso	Estupor
Atividade	Deambulante	Caminha com auxílio	Dependente de cadeira	Estupor
Mobilidade	Plena	Limitação discreta	Muito limitada	Imóvel
Incontinência	Não	Ocasional	Usualmente de urina	Dupla

Adaptada das diretrizes da AHCPR. (Irion, 2005)

A Escala de Braden foi criada por Braden e Bergstrom como iniciativa para reduzir a incidência e prevalência das úlceras por pressão no serviço onde trabalhavam. Possui seis aspectos: percepção sensorial, umidade, atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. Estes dois últimos pontos diferem das outras

escalas, pois as outras não levam em conta a fricção e o cisalhamento. As pontuações variam de 1 a 4 para cada item com exceção da fricção e cisalhamento, que vai de 1 a 3. A escala mostra uma pontuação máxima de 23 e uma pontuação de 16 ou abaixo que geralmente é considerada uma condição de risco para o paciente (BERGSTROM, 1987; BRADEN & BERGSTROM, 1987).

Apesar das escalas serem consideradas instrumentos confiáveis para predição do risco dos pacientes desenvolver a úlcera por pressão, o profissional de saúde que as utiliza deve levar em conta as condições externas e internas que influenciam a ocorrência dessas lesões.

Tabela 2-Pontuação baseada na Escala de Braden

	1	2	3	4
Percepção sensorial	Completamente Limitada	Muito limitada	Discreta limitação	Sem comprometimento
Umidade	Constantemente úmido	Úmido	Ocasionalmente úmido	Raramente úmido
Atividade	Restrito ao leito	Restrito à cadeira	Caminha freqüentemente	Caminha ocasionalmente
Mobilidade	Completamente imóvel	Muito limitada	Discreta limitação	Sem limitações
Nutrição	Muito deficiente	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Atrito	Problema	Problema potencial	Nenhum problema aparente	

Adaptada das diretrizes da AHCPR. (Irion, 2005)

A Escala de Gosnell é uma adequação da Escala de Norton com o diferencial da pontuação contrária à da Escala de Norton, deforma que um número alto representa um risco maior.

Dessa forma, pode-se inferir que o importante é a utilização de uma “ferramenta” que proporcione a predição do risco de úlcera por pressão e registro dessas informações, com a intenção de instituir medidas preventivas e de tratamento.

Medidas Preventivas

Prevenção significa, de acordo com a definição do dicionário, “ato ou efeito de prevenir-se” e prevenir seria “dispor previamente; preparar; adiantar-se,

antecipar-se a; dispor de modo que se evite dano ou erro” (LARROUSSE, 2004, p.612).

Esses significados estimulam uma reflexão acerca da importância da prevenção da formação das úlceras por pressão. Devem ser ações que antecipem quaisquer fatores que possam contribuir para ocorrência de dano ou lesão à pele do indivíduo.

Diversas literaturas já discutiram e sugerem medidas e planos educativos como formas de prevenir a úlcera por pressão. Neste estudo, preconizam-se alguns trabalhos realizados nessa área para demonstrar que existe o conhecimento da situação clínica e das estratégias utilizadas na prevenção das lesões. Apesar de certo interesse em implementar essas medidas, é necessária a criação de estudos que priorizem as regionalidades, dificuldades, recursos, tipo de instituições de saúde e custos financeiros dos pacientes e das unidades de saúde.

A *Agency for Health Care Research and Quality* (AHCR) (1992) indica ações que fornecem algumas perspectivas para prevenção das úlceras por pressão:

- Determinação das pessoas em situação de risco para úlcera por pressão, que necessitem de estratégias preventivas e dos fatores específicos que as colocam em risco.

- Conservação e melhora da tolerância dos tecidos aos fatores de risco.

- Apoio contra efeitos negativos das forças externas como pressão, cisalhamento e fricção.

- Diminuição da incidência de úlceras por pressão de acordo com alguns programas de orientação.

De acordo com as referências anteriores, existem alguns cuidados recomendados pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHCR) (1992) relacionados à imobilidade, ao confinamento na cadeira de rodas ou cama, à incontinência urinária e anal, à desnutrição e ao nível de consciência alterado.

Quadro 1- Cuidado por fatores de risco

FATORES DE RISCO	AÇÕES PREVENTIVAS
Confinamento na cama ou cadeira de rodas	*Inspeccionar a pele pelo menos uma vez ao dia *Banhar quando necessário para conforto e limpeza *Lubrificar a pele seca Para pessoas acamadas: *Mudança de decúbito a cada 2 horas *Utilizar colchão especial que contenha espuma, ar, gel ou água *Estimular a participação do paciente em programas de reabilitação Para pessoas em cadeira de rodas: *Mudar a posição a cada hora *Usar espuma, gel, ou coxim de ar para aliviar a pressão Redução da fricção: *Levantar o paciente e NÃO arrastar ao reposicioná-lo *Utilizar óleos lubrificantes para pele
Imobilidade	*Os pacientes confinados às cadeiras de rodas devem ser reposicionadas a cada hora, se for possível *Mudar a posição a cada 15 minutos para redistribuição do peso em cadeira de rodas *Quando imobilizado na cama, colocar descanso sob os pés nos tornozelos e proeminências ósseas
Incontinência urinária e fecal	*Limpar a pele assim que houver umidade ou sujidade *Avaliar e tratar a incontinência urinária e escapes de urina *Se a umidade não puder ser controlada: Utilizar almofadas e/ou absorventes com uma superfície de secagem rápida Proteger a pele com um creme
Desnutrição	*Iniciar uma dieta equilibrada
Nível de consciência alterado	*Escolher as medidas preventivas que se aplicam à pessoa com nível de consciência alterado.

Preventing pressure ulcers: a patient's guide. Agency for Health Care Research and Quality (1992)

Para Irion (2005), as formas de prevenção descritas envolvem assistência direta a indivíduos com problemas de incontinência fecal e urinária com a preocupação de redução ao máximo da umidade, evitar ressecamento da pele, manutenção de lençóis e roupas de cama limpos e secos, encaminhamento a sessões de fisioterapia para prevenção de forças de atrito e fricção, utilização de

lubrificantes à base de amido de milho, coberturas com materiais preventivos como hidrocolóides e filme transparente, uso de superfícies de apoio de equipamentos redutores de pressão como colchões especiais com espuma, gel, ar, ou água e almofadas com alternância de pressão. Esse autor concorda com as normas da AHCR no que diz respeito às diretrizes de prevenção das úlceras por pressão.

Outro órgão que estuda e publica normas e diretrizes relacionadas ao cuidado e prevenção das úlceras por pressão, a GNEAUPP, em 2003, relacionou aspectos específicos dessa problemática e didaticamente dividiu as medidas em pontos principais para ação do enfermeiro e equipe de saúde:

1. Cuidados com a pele

Exame da pele pelo menos uma vez ao dia;

Manutenção da pele do paciente limpa e seca (utilização de sabões ou substâncias de limpeza com ph neutro, evitar uso de fricção no momento do banho e aplicar cremes hidratantes, com completa absorção);

Aplicação de ácidos graxos essenciais (AGE) nas zonas de risco para desenvolvimento das úlceras por pressão;

Não realizar massagens em proeminências ósseas;

2. Excesso de umidade: incontinência, transpiração e drenagens de feridas

Valorar e tratar os diferentes processos que possam provocar um excesso de umidade na pele do paciente: incontinência, sudorese profusa, drenagem e exsudato de feridas;

Mudança com frequência de fraldas e lençóis quando necessário e utilizar produtos de barreira que não contenham álcool que protejam contra maceração da pele.

3. Manejo da pressão

Devem ser consideradas: a mudança de decúbito, a mobilização no leito, utilização de superfícies especiais de apoio e proteção local contra a pressão.

4. Mobilização

Elaboração de um plano de cuidados que fomente e melhore a mobilidade e atividade do paciente e dentro das possibilidades.

5. Mudanças de posição

Realizar mudanças de decúbito, pelo menos em algumas partes do corpo;
Levantar o paciente do leito assim que a situação o permita.

6. Utilização de superfícies de apoio

Superfícies de apoio desenhadas especialmente para o manejo da pressão como colchões, almofadas e superfícies de apoio especiais.

7. Proteção local da pressão

Em zonas especiais de risco para desenvolvimento das úlceras por pressão, devem-se utilizar sistemas de proteção local diante da pressão;

Inspecionar a pele uma vez ao dia, para investigar as áreas mais passíveis de risco para acometimento da úlcera por pressão;

Observar quaisquer situações em que os dispositivos utilizados no paciente possam provocar problemas relacionados com a pressão e atrito sobre uma proeminência óssea, pele e mucosas (sondas, tiras de máscaras, tubos orotraqueais nasais, cateteres, gessos, máscaras de pressão positiva);

Observar o uso adequado dos protetores de pressão e utilizar um pequeno arsenal de materiais que possam reduzir a pressão e evitar a fricção e forças tangenciais: colchões, almofadas e protetores locais.

8. Alimentação

Quando o risco é alto, instituir dieta hiperprotéica, no caso de risco moderado, oferecer suplementos dietéticos hiperprotéicos.

Verifica-se que os fatores de risco que incidem sobre a ocorrência das úlceras por pressão influenciam na adoção de estratégias de prevenção e tomada de decisões também no tratamento dessas lesões.

O conhecimento dos aspectos relacionados à tolerância tecidual, inspeção da pele, higiene, avaliação e tratamento das lesões, aporte nutricional, monitoração e controle dos fatores de risco deve estimular no profissional de saúde a atenção e o cuidado para evitar o aparecimento das úlceras por pressão e conseqüentemente as complicações decorrentes dela.

Envelhecimento da pele

A pele sofre com o processo de envelhecimento como qualquer outro órgão do corpo humano. A diferença é que o tecido cutâneo é responsável por diversas funções como cicatrização de lesões, defesa contra microorganismos patogênicos, regulação térmica, dentre outras muito importantes.

As alterações reveladas pela passagem do tempo podem interferir diretamente no desempenho de muitas dessas atividades de que o tecido cutâneo participa. Por isso existe a necessidade de conhecimento das modificações que ocorrem na pele durante o envelhecimento, para tomada de medidas e cuidados preventivos no intuito de reduzir ao máximo possíveis lesões e patologias que acometem o indivíduo nessa fase da vida.

Duarte e Diogo (2006) corroboram com Smeltzer e Bare (2006) que a idade avançada produz variadas mudanças como problemas nutricionais, metabólicos, vasculares e imunológicos associados também a outras afecções como traumas e doenças relacionadas a medicamentos, microorganismos patogênicos.

Ao acompanhar a clientela idosa, o enfermeiro precisa estar ciente da importância do exame minucioso da pele para verificar quanto à possibilidade de lesões, modificações fisiológicas da idade e de como essas alterações influenciam na recuperação da saúde do idoso.

A pessoa idosa passa por alterações fisiológicas anatômicas no tecido cutâneo como:

- Ocorrência de um adelgaçamento na junção derme-epiderme, contribuindo para a sensibilidade aumentada da pele envelhecida;

- Redução de substâncias como colágeno, elastina e tecido adiposo, diminuindo a zona de amortecimento dos tecidos e órgãos subjacentes e aumentando a possibilidade de aparecimento de lesões como as úlceras por pressão;
- Alteração na produção de melanócitos, com redução de sua produção a cada década, acarretando em maior vulnerabilidade durante a exposição solar;
- A regeneração celular e a tecidual acontecem lentamente tornando a pele mais frágil e transparente, concorrendo para a cicatrização retardada de feridas e lesões;
- Risco aumentado de câncer e infecções devido a uma diminuição das células de Langerhans;
- Produção reduzida de vitamina D, influenciando na reparação e modificações no tecido ósseo;
- O crescimento dos pêlos gradativamente diferencia-se e é reduzido sobre as pernas e pés;
- As alterações no processo de cicatrização são as mais comprometedoras, pois dificultam o processo de reabilitação e reconstrução do tecido, especialmente na idade avançada. Pode-se destacar: redução na fabricação de fibroblastos, envolvidos diretamente na reepitelização do tecido lesionado; desmembramento das fibras de elastina e lentidão na angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos) e fragilidade capilar evidente (BRYANT, 2000; DAVIDSON *et al*, 1995; HESS, 1997; SMELTZER, BARE, 2006, DUARTE, DIOGO, 2006).

A identificação das lesões próprias da idade avançada permite ao profissional de saúde detectar aquelas que são comuns da velhice e aquelas patológicas para uma intervenção imediata e segura, culminando na tranquilidade do paciente e sua família.

Essas alterações benignas podem ser resumidas e conhecidas em um quadro demonstrativo a seguir:

Quadro2- Alterações benignas na pele do idoso

- *Angiomas senis (“molas” vermelho intenso)
- *Pêlos diminuídos, principalmente no couro cabeludo e na área pubiana
- *Discromias (variações de coloração)
- Lentigo solar (manchas hepáticas)
- Melasma (coloração escurecida da pele)
- Lentigos (sardas)
- *Neurodermatite (manchas pruriginosas)
- *Ceratoses seborréicas (placas acastanhadas crostosas e aderentes)
- *Telangectasias (marcas avermelhadas na pele causadas pelo estiramento dos vasos sanguíneos superficiais)
- *Rugas
- *Xerose (ressecamento)

Fonte: Smeltzer & Bare, 2006

Envelhecimento da população mundial

Atualmente existe uma variedade de patologias prevalentes, no meio hospitalar, apesar das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para evitá-las. As afecções da pele são constantes e presentes, mesmo com todos os esforços empregados em sua prevenção e detecção precoce. Uma delas é a úlcera por pressão, que neste estudo, abordar-se-á com maior profundidade e discutir-se-ão todos os aspectos relacionados com sua prevalência, prevenção e tratamento em pacientes idosos.

Os pacientes idosos estão especialmente em risco maior de adquirir úlceras por pressão, pela questão da idade, envelhecimento dos sistemas orgânicos, ocorrência de doenças crônico-degenerativas e outras patologias crônicas, problemas de imunidade e fragilidade do sistema tegumentar. Por essas razões, considera-se necessário conhecer algumas nuances relacionadas ao processo de envelhecimento do organismo humano, principalmente, do sistema tegumentar.

O envelhecimento populacional no Brasil acelerou, nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida, acesso aos serviços de saúde, apesar da crise no setor, houve uma melhora considerável; além disso, ocorreram avanços nos tratamentos e prevenção de doenças como o câncer, doenças cardiovasculares,

melhorando a expectativa de vida do idoso. Aliado a esses fatores, aconteceu um desaceleramento no crescimento da população, com a adoção do planejamento familiar.

De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), é considerado idoso o indivíduo com idade de 60 anos ou mais, e ainda segundo a lei nº3561/97 o idoso “goza de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, assegurando-se-lhe por lei, todas as facilidades e oportunidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.”

Observa-se uma mudança na visão e uma regularização dos direitos que já existiam, e agora são garantidos por lei. Portanto, o idoso deve ter acesso aos serviços de saúde de qualidade, ser bem tratado e acompanhado com dignidade, pois necessita de um tratamento mais especializado pelas características de sua faixa etária.

A saúde da população idosa acompanha alguns indicadores que devem ser abordados nessa pesquisa, para que seja possível compreender a dimensão dos problemas que atingem os idosos. É necessária, porém, uma descrição rápida da progressão do envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, bem como os fatores contribuintes e as conseqüências para a saúde dessas pessoas.

Para Carvalho e Garcia (2003) o “envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice.”

Logicamente, esse limite de idade irá variar de acordo com cada país ou sociedade. E segundo Carvalho e Garcia, dependerá de fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais, que influenciarão diretamente sobre a ocorrência ou não de doenças e agravos.

O Brasil, que até há alguns anos era considerado um país essencialmente jovem, vem passando por mudanças sociais e econômicas que afetam diretamente na expectativa de vida e processo de envelhecimento do país. As mudanças ocorreram principalmente no que diz respeito à redução discreta das taxas de fecundidade, queda da mortalidade, taxas de crescimento crescentes e faixas etárias constantes (CARVALHO, GARCIA, 2003).

Com a alteração desses fatores a partir dos anos 60, houve também um aumento da expectativa de vida a cada ano, a partir do ano de 1900. O crescimento da população idosa, proporcionado pelo aumento da expectativa de vida da população fomenta também a necessidade de serviços especializados no cuidado à saúde do idoso, bem como no acompanhamento direcionado dessa clientela.

Conforme dados retirados do Censo Demográfico de 1991, a população idosa aumentou de 10,7 milhões, nesse ano, para 14 milhões no ano de 2002. Esse aumento espantoso implica em uma infra-estrutura condizente com as demandas, especificamente no aumento dos agravos e doenças próprias dessa faixa etária (BRASIL, 2002).

Observa-se que, com o aumento crescente do envelhecimento populacional no Brasil, ocorrem problemas graves associados ao fator idade avançada, que apesar das tecnologias disponíveis no setor saúde e outros, ainda há uma morbidade e mortalidade conseqüentes das doenças e situações sociais relacionadas aos idosos.

A maioria das patologias que acometem a população idosa está entre as doenças cardiovasculares, câncer, doenças terminais, acidentes dentro de casa e outras que acarretam hospitalizações longas e constantes. O número de hospitalizações aumenta a cada dia, especialmente entre os idosos, uma taxa de 165 para o grupo de 60 anos ou mais, em contraste com as outras idades, de 46 para o segmento de 0 a 14 anos e de 79 para o segmento de 15 a 59 anos, demonstrando também um incremento nos custos financeiros com as internações hospitalares (BRASIL, 2002).

Conseqüentemente, a hospitalização prolongada pode ocasionar alterações associadas ao tempo de internação, ao tipo de patologia e à idade, como as lesões de pele, neste caso, as úlceras por pressão.

Tratamento das úlceras por pressão

Antes de quaisquer considerações deve-se reforçar que a prevenção ainda é a melhor e mais eficaz estratégia para evitar o aparecimento das úlceras por pressão. Mas se não for possível ou o surgimento da lesão no paciente idoso é difícil de parar, o profissional pode lançar mão de inumeráveis recursos e novas tecnologias no tratamento das mesmas.

O tratamento de qualquer lesão cutânea deve seguir alguns princípios estipulados para a escolha da conduta adequada ao estágio e tipo de úlcera encontrada, capacidades e limitações de cada cliente e patologias que acometem especialmente pessoas idosas.

O tratamento das úlceras por pressão tem como objetivos proporcionar a cicatrização da lesão e impedir a gravidade e complicações decorrentes da ferida (LÁZARO, ACEBRÓN, LÓPEZ, OCTAVIO, VÁZQUEZ, FLORES, 2005).

Tendo esse conhecimento em vista, o profissional avalia a ferida, procede ao estadiamento da lesão, mensuração e descrição do aspecto da mesma. Em seguida, inicia-se a fase de seleção do curativo que consiste no conhecimento das finalidades do curativo, propriedades e indicações dos mesmos.

Tabela 3- Tipos de curativos

<i>Não-oclusivos</i>	<i>Oclusivos</i>
Gaze seca-a-seca	Filme semipermeável
Gaze úmida-a-úmida	Hidrocolóide
Gaze com petrolato	Hidrogel
Composto	Espuma semipermeável
	Alginato, hidrofibra
	Composto

Fonte: Irion, 2005

As opções de tratamento disponíveis no mercado permitem ao enfermeiro uma gama variada de alternativas para o desenvolvimento da terapêutica correta de acordo com o estagiamento e tipo de lesão avaliada acompanhada pelo mesmo. O tratamento das úlceras por pressão envolve aspectos como a limpeza da ferida, desbridamento, tratamento tópico, alívio da pressão, suporte nutricional, tratamento das complicações, estímulo ao autocuidado e prevenção e participação de uma equipe multidisciplinar.

Após a descoberta de Winter em 1962, que em seu estudo descobriu e certificou que a cicatrização em meio úmido favorece a angiogênese, isto é, estimula a epitelização e crescimento celular necessários para uma cicatrização rápida, indolor e com eficácia, houve uma revolução no tratamento de feridas (BAJAY, JORGE e DANTAS, 2003).

As coberturas e curativos existentes atualmente partem do princípio de que o meio úmido produz condições fisiológicas ideais para a cicatrização e recuperação da lesão.

As coberturas mais utilizadas no tratamento tópico das úlceras por pressão são:

Gazes: São compostas por produtos que inclui algodão, viscose e linho, isoladamente ou aliadas a outros componentes. Podem auxiliar na cicatrização quando umedecidas, mas não garantem barreira contra bactérias e outros microorganismos.

Ácido Graxo Essencial (AGE): Os ácidos graxos essenciais são constituídos por ácido linoléico, ácido caprílico e ácido cáprico, bem como vitaminas A e D que colaboram diretamente na remodelação do tecido destruído e prevenção da úlcera por pressão. Pode ser utilizado também em feridas abertas.

Curativos a base de hidrocolóide: São curativos a base de espuma de poliuretano, gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica. A CMC (carboximetilcelulose) é um polímero semi-sintético, solúvel em água e utilizado em detergentes, alimentos e produtos médicos como um agente estabilizante. A gelatina constitui uma conjugação de proteínas solúveis obtidas pela fervura do colágeno e água, utilizada também em filmes fotográficos, adesivos, tintas e outros. A pectina é um hidrocolóide, solúvel em água e presente nas frutas e vegetais em diversas proporções. Pode ser utilizado em feridas abertas não-infectadas, com leve a moderada exsudação e na prevenção ou tratamento de úlceras por pressão não-infectadas.

Curativos com alginato de cálcio: São polissacarídeos derivados do ácido alginico obtidos de alguns tipos de algas marinhas. Compostos de fibras de não-tecido, pelos ácidos gularânico e manurônico, com íons cálcio e sódio acoplados em suas fibras. Indicados para feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção e lesões cavitárias com necessidade de estímulo rápido do tecido de granulação.

Curativos com hidrogel: É um gel polímero, transparente, formado de água, uretanos, polivinil pirrolidona (PVP), polietino glicol e glicerina (fluido oriundo de ácidos graxos). O hidrogel pode ser encontrado sob duas apresentações: em placas e amorfa (tubos ou sachês). São utilizados em feridas com crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necrosados.

Membranas ou filmes semipermeáveis: São curativos estéreis conhecidos como filmes transparentes permeáveis ao vapor, constituídos por poliuretano. Proporcionam ambiente úmido, impermeável a fluidos e microorganismos. São indicados para fixação de cateteres intravasculares, proteção de pele íntegra e escoriações, prevenção de úlceras por pressão, cobertura de incisões cirúrgicas limpas com pouco ou nenhum exsudato, cobertura de queimaduras de 1º e 2º graus e coberturas de áreas doadoras de enxertos.

Espumas poliméricas: São materiais a base de polímeros, esponjas e espumas, podem apresentar-se como placas, como esponjas que podem ser utilizadas em feridas cavitárias. As espumas não são aderentes e, portanto não ocasionam traumatismo à remoção. Indicados para feridas limpas com baixa a moderada exsudação (BAJAY, JORGE e DANTAS, 2003; SANTOS, 2005)

Além das coberturas existentes no mercado, atualmente, o enfermeiro estomaterapeuta dispõe de outras modalidades de tratamento que complementam a terapêutica e assistência ao cliente que devem ser discutidas com a equipe multiprofissional. As modalidades de tratamento devem ser embasadas em preceitos e evidências científicas e não nos “achismos” e senso comum, com o intuito de evitar erros ou condutas inadequadas que possam culminar na piora do estado do cliente e da lesão.

O processo de tratamento realizado pelo enfermeiro é composto por quatro etapas, de acordo com Lázaro, Acebrón, López, Octavio, Vázquez e Flores (2005). São elas: avaliação da ferida, valorização da ferida de acordo com as escalas de predição de risco, tratamento local das feridas e registro da assistência realizada.

A primeira etapa relaciona-se com a avaliação da lesão realizada pelo enfermeiro, devendo o profissional estar apto e ter o preparo para implementá-la de acordo com os seguintes objetivos:

- *Determinar a fase em que se encontra a lesão, registrando logo após;
- *Utilizar uma escala para avaliação da dor e aplicar estratégias analgésicas;
- *Realizar tratamentos com instrumentos corretos, registrando a atividade;
- *Avaliação de aspectos como coloração da parte interna da ferida. A coloração pode ter três tonalidades em uma lesão: negra, amarela e vermelha. O tecido negro indica uma necrose seca, dura e que na maioria das vezes, necessita

ser desbridado, para facilitar a cicatrização. A coloração amarelada apresenta algumas diferenciações: o exsudato purulento, com odor geralmente fétido, espesso, sinal de infecção por microorganismos e constitui indicação para terapêutica antibiótica, com desbridamento seletivo; outro tipo de tecido formado é a fibrina, que é um resultado da coagulação sangüínea, com células mortas, trombos e inflamação e deve ser removido com instrumental cirúrgico, pois em alguns casos, este tecido torna-se endurecido; o tecido de coloração escura, que varia de um tom acinzentado a amarelo-castanhada, que deve ser desbridado, pois forma uma escara úmida difícil de retirar. A coloração vermelho-carne pode ser encontrada no tecido de granulação, em lesões limpas. Este tecido deve ser tratado com delicadeza e atenção, pois indica início do processo de cicatrização e angiogênese (formação de novos vasos sangüíneos) para reconstituição do tecido lesionado (IRION, 2005; LÁZARO, ACÉBRON, LÓPEZ, OCTAVIO, VÁZQUEZ, FLORES, 2005).

O odor deve ser um aspecto considerado na avaliação da ferida, porque pode apresentar sinais de infecção se o odor apresentar-se fétido e forte. Alguns odores não devem ser confundidos com odores característicos de alguns tipos de coberturas ou de curativos ocluídos por algum tempo.

A secreção faz parte do processo de avaliação, devendo ser descrito em quantidade, tipo e aspecto. Alguns termos podem ser selecionados no registro dos tipos de exsudato: ressecada, espessa, fluida, úmida, em quantidades moderadas, escassa, pequena, abundante. Esses aspectos devem ser considerados e influenciam na escolha do tipo de cobertura e tratamento a ser utilizado. A cor do exsudato também é registrada, pois decorre do processo de inflamação e tem os aspectos seroso, purulento, sanguinolento e serosanguinolento (IRION, 2005).

No caso específico das úlceras por pressão, o estagiamento é importante para observação e registro do aspecto da lesão bem como para seleção da terapêutica a ser realizada no acompanhamento da ferida.

O tamanho e profundidade da lesão são itens imprescindíveis para o seguimento do progresso da cicatrização e da sua gravidade. A mensuração pode ocorrer de duas formas: a medição das distâncias maiores e a medição do volume. O comprimento e a largura representam o tamanho das feridas. São mensurados como a mais longa e mais curta distância da borda da lesão. A forma mais aceitável e segura para mensuração da ferida é a utilização de uma folha estéril de acetato, com uma caneta para marcação do contorno da ferida, usando-a como decalque. A

profundidade pode ser demonstrada por meio de um *swab* em posição vertical na parte mais profunda da lesão, medindo a distância entre a parte profunda e o leito da mesma com uma régua em centímetros. A tunelização é considerada como a devastação do tecido sob a pele íntegra através das bordas da ferida. Esta característica deve ser registrada em centímetros e como as horas de um relógio, estando a cabeça do cliente em 12 horas (IRION, 2005; GOGIA, 2003).

A pele ao redor da ferida não pode escapar ao olhar atento do enfermeiro ao avaliá-la. Os problemas que podem surgir estão relacionados com a maceração, inflamação, nutrição, calosidades ou hiperkeratose e endurecimento.

A maceração é o resultado da umidade aumentada da pele. Pode ser vista na pele exposta em excesso a água ou submersa por muito tempo. Essa característica pode provocar complicações na pele adjacente, tornando-a frágil (frágil), podendo provocar uma destruição mais acentuada da ferida (IRION, 2005).

A inflamação é observada através dos sinais clínicos de rubor, calor, edema e dor. A pele circunvizinha à lesão pode inflamar devido à alergia a algum produto utilizado no local ou à infecção.

A nutrição da pele adjacente é apresentada pela observação a olho nu de algumas alterações no organismo como aspecto visual, cabelo, unhas e espessura da pele. Algumas doenças e a idade influenciam diretamente nessas alterações, como a hipertensão arterial e envelhecimento (IRION, 2005).

A formação da hiperkeratose (aumento da espessura da camada córnea da pele) e o calo significam o espessamento demasiado decorrente de um atrito. Os calos devem ser removidos, devido ao perigo de aumentarem o tamanho da ferida (IRION, 2005).

A endurecimento representa a alteração da forma da pele de flexível, elástica para dura, o que pode indicar tunelização, fistulização ou infecção. A pele adjacente deve ser examinada para auxiliar o profissional na escolha do tratamento a ser implementado (IRION, 2005).

A segunda etapa consiste na obtenção de uma pontuação da lesão de acordo com a utilização de uma escala de predição de risco para desenvolver as úlceras por pressão e o estado do cliente descrevendo a evolução da ferida do seguinte modo:

- Etiologia da lesão
- Localização

-Tamanho

-Forma

-Leito da ferida

-Tipo de tecido, exsudato, valor da carga bacteriana, aspecto da pele perilesional (LÁZARO, ACEBRÓN, LOÓPEZ, OCTAVIO, VÁZQUEZ, FLORES, 2005).

A terceira etapa refere-se ao tratamento local propriamente dito que abrange os objetivos de:

1. Limpar a lesão
2. Erradicar o tecido desvitalizado
3. Abordar a carga bacteriana
4. Manter um bom nível de umidade para desenvolvimento da cicatrização
5. Curar a lesão
6. Cuidar da pele ao redor da lesão

A *limpeza da lesão* tem o objetivo de remover os tecidos e células mortas, exsudatos e produtos da fagocitose dos microorganismos que habitam o leito da ferida, ou seja, o fenômeno denominado “descontaminação da ferida”, que deve retirar senão todas, mas a maioria das sujidades e impurezas da lesão. A substância a ser utilizada na limpeza da lesão mais indicada, atualmente, pela ausência de efeitos tóxicos para a ferida é a solução fisiológica a 0,9%. Deve ser realizada uma irrigação com soro fisiológico com uma pressão entre 4 a 15 *psi*, ou entre 8 a 15 *psi* de acordo com algumas literaturas. Pode ser utilizada uma agulha de número 19 com seringa de 35 ml que produzem uma força semelhante à citada anteriormente, embora possam ser usadas agulhas com outras numerações e pressões maiores em casos de lesões mais crônicas e com presença de tecido necrótico. A pressão exercida pela seringa de 35 ml com agulha 19 é o padrão americano para limpeza da lesão, mas, como o mercado brasileiro não dispõe de seringas de 35 ml, utilizam-se diversas formas de irrigação como o frasco de solução salina a 0,9% de 125 ou 250 ml perfurados com agulhas 40x12 ou outras, principalmente em nosso meio (IRION, 2005; GOGIA, 2003; BORGES, 2001).

A *erradicação do tecido desvitalizado* relaciona-se com o desbridamento dos tecidos necrosados ou desvitalizados. O desbridamento significa remover esses

tipos de tecidos com o objetivo de promover a cicatrização e diminuir o risco de infecção local ou sistêmica.

Existem quatro tipos de desbridamento que devem ser conhecidos pelo enfermeiro e profissionais que cuidam de feridas: desbridamento mecânico, cirúrgico, autolítico, enzimático (químico), osmótico e biológico (IRION, 2005; GOGIA, 2003).

O desbridamento deve ser selecionado de acordo com o tipo de necrose presente no tecido lesionado e com o tipo de ferida. (Figuras 1 e 2).

Tipos de necrose

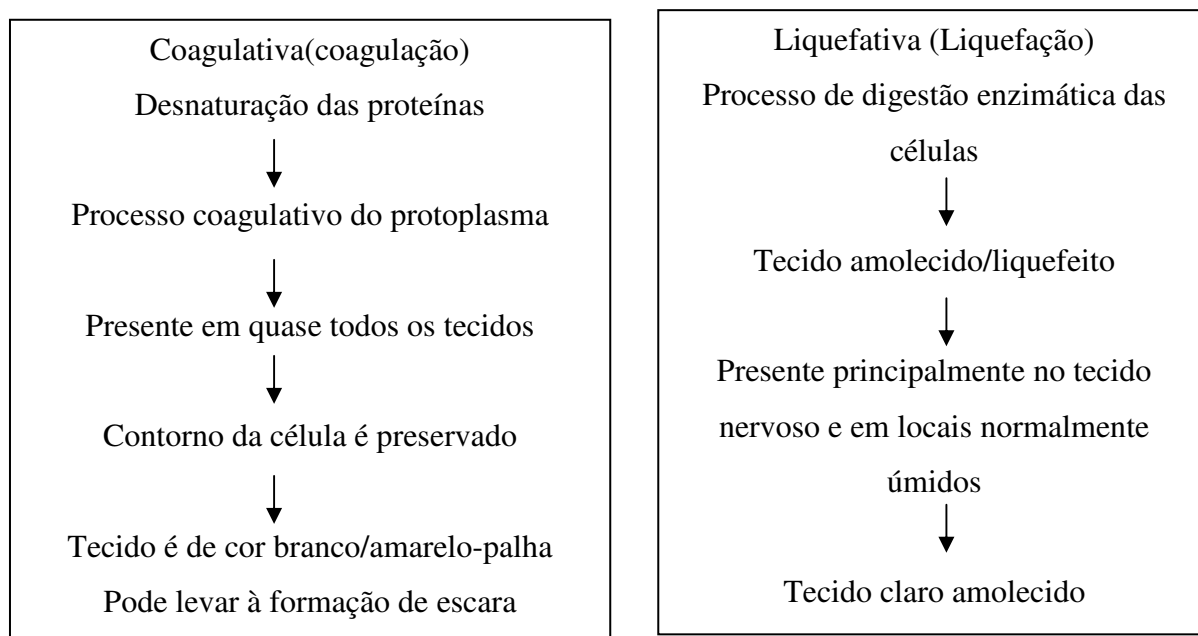


Figura 4. Tipos de necrose Fonte: BORGES, 2001.

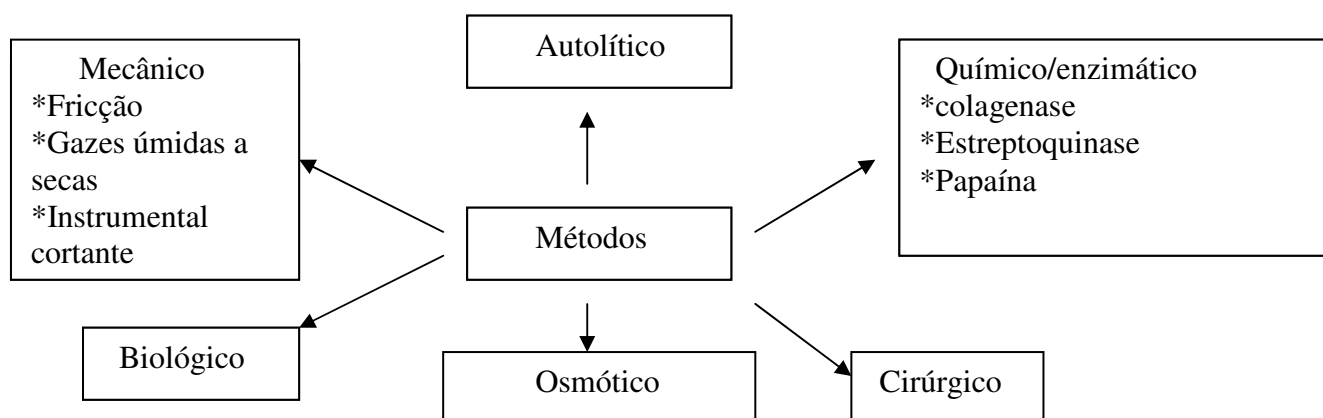


Figura 5. Métodos de Desbridamento. Fonte: BORGES, 2001.

O desbridamento autolítico é possível pela autodegradação e enfraquecimento do tecido necrótico, que requer a participação ativa de células e enzimas, como os macrófagos e as hidrolases ácidas. Algumas coberturas ou produtos promovem esse processo graças à propriedade que detêm, possibilitando a manutenção de uma umidade fisiológica, facilitando a destruição do tecido necrótico e permitindo o desbridamento seletivo, indolor, reduzindo lesão de tecido de granulação, presente em hidrogéis, hidrocolóide e filmes de poliuretano (LÁZARO, ACÉBRON, LÓPEZ, OCTAVIO, VAZQUEZ, FLORES, 2005; BORGES, 2001).

No desbridamento enzimático ou químico ocorre a aplicação de enzimas proteolíticas para alcançar retirada do tecido desvitalizado pela quebra do colágeno. A colagenase é o produto escolhido, pois as enzimas proteolíticas existentes rompem as pontes de colágeno. Esse tipo de desbridamento é caracterizado como não seletivo, isto é, a colagenase pode degradar também o colágeno presente no tecido de granulação. A papaína é derivada da *Carica Papaya* denominada látex de mamoeiro, composta também por 17 aminoácidos e enzimas proteolíticas, que possibilitam o desbridamento químico (BORGES, 2001).

O método mecânico refere-se à destruição do tecido necrótico através da força física, fricção, gases e instrumental cortante. Os dois métodos iniciais não são seletivos e o último depende da habilidade e destreza do profissional de saúde. O desbridamento por instrumental cortante é considerado um método agressivo, apesar da eficácia do mesmo. A fricção é obtida realizando o esfregaço do leito da

ferida para remoção dos esfacelos. O esfregaço pode provocar a destruição do tecido de granulação e ocasionar inflamação na lesão (BORGES, 2001).

O desbridamento cirúrgico é um dos métodos mais rápidos e eficazes na retirada de escaras secas e tecidos necróticos. É realizado geralmente com controle da dor, com presença de antibiótico, especialmente em feridas infectadas e crônicas (IRION, 2005).

O desbridamento biológico ocorre com a ação de larvas de moscas (*Lucilia sericata*) esterilizadas que liberam enzimas proteolíticas que derretem a necrose, para alimentarem-se das mesmas, eliminando-a. É utilizado em lesões que não responderam a nenhum outro tratamento ou produto (www.varizes.com.br).

O desbridamento osmótico é alcançado por meio de produtos de ação osmolar, que reduzem a umidade de feridas mais secretivas, que favorecem o crescimento bacteriano. Os produtos utilizados são o alginato de cálcio e hidrocolóides que absorvem o exsudato que contém bactérias, germes, células mortas e esfacelos (www.varizes.com.br).

A *abordagem da carga bacteriana* revela-se pelo controle da umidade, pH da lesão, temperatura e secreção de substâncias antimicrobianas. Para redução da carga bacteriana, podem-se utilizar coberturas bactericidas, à base de prata. Deve ser realizado o diagnóstico preciso das bactérias presentes na ferida, para implementação de uma terapêutica segura e direcionada (LÁZARO, ACÉBRON, LÓPEZ, OCTAVIO, VÁZQUEZ, FLORES, 2005).

A *manutenção de um bom nível de umidade da lesão* é essencial para gerenciar a quantidade de exsudato, se presente, e proporcionar a umidade necessária para favorecer a cicatrização efetiva.

A *cura da lesão* é obtida graças a um processo de cicatrização completa de acordo com a umidade proporcionada na lesão. Devem ser utilizadas coberturas que estimulem o desenvolvimento do tecido de granulação, por conseguinte, a epitelização e cura da ferida.

Os *cuidados com a pele ao redor da ferida* são importantes para evitar problemas e complicações como inflamações, alergias, maceração, descamação, eritemas, dor e edemas, que podem dificultar ou até piorar o estado clínico da lesão (LÁZARO, ACEBRÓN, LÓPEZ, OCTAVIO, VÁZQUEZ, FLORES, 2005).

A quarta etapa refere-se ao registro das atividades e condutas adotadas relacionadas ao tratamento da úlcera por pressão. O enfermeiro deve elaborar seu

plano de cuidados com registros das avaliações, condutas, curativos e tratamentos implementados no cliente, que funcionará como instrumento de consultas, estudos e suporte legal para outros profissionais de saúde e para a instituição.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de coorte, retrospectivo, de natureza quantitativa. A pesquisa foi do tipo não experimental, que deseja estudar fatos, pessoas ou situações, à medida que ocorrem naturalmente. O pesquisador investiga relações ou diferenças. É classificada como desenvolvimental na qual existe uma associação de fenômenos e mudanças que resultam no tempo passado (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

As variáveis pesquisadas, portanto, envolveram a situação clínica do cliente, bem como as alterações sofridas por modificações internas e externas que poderiam influenciar a dinâmica da ocorrência das úlceras por pressão.

O procedimento selecionado para o desenvolvimento da pesquisa foi o coorte transversal. “O estudo de coorte transversal utiliza amostras representativas da população e pretende dar uma idéia de seccionamento transversal, um coorte no fluxo histórico da doença, evidenciando suas características e correlações naquele momento” (ROUQUAYROL; FILHO, 2003, p.161).

O estudo de coorte foi o procedimento escolhido para esta pesquisa, porque de acordo com alguns autores, “um traço fundamental de um estudo de coorte é a definição de um grupo de sujeitos no início do período de acompanhamento. Os sujeitos devem ser relativamente semelhantes à população para a qual os resultados serão generalizados.” (CUMMINGS & HULLEY, 2001. p.122).

Dessa forma, aplica-se a investigação a esta pesquisa, epidemiologicamente um estudo sobre um fator e as conseqüências observadas em certo momento da história.

2. Local escolhido para o estudo

O desenvolvimento do estudo foi realizado em um hospital da rede pública do município de Fortaleza. A instituição é de nível terciário, faz parte do SUS (Sistema Único de Saúde), de grande porte, dispõe de 344 leitos que incluem

emergência, centro cirúrgico, pediatria, obstetrícia, UTI, unidades de internação funcionando atualmente em sua totalidade e possui uma diversidade de especialidades e serviços de saúde direcionados à população que incluem odontologia, clínica médica, hematologia, pediatria, cirurgia, exames complexos, internamentos, emergências, endocrinologia, obstetrícia, doenças crônico-degenerativas, nefrologia (com hemodiálise), urologia, ginecologia, cirurgia bucomaxilofacial, embolização, unidade de tratamento intensivo (UTI) adulto e neonatal, mastologia, cirurgias de cabeça e pescoço, neurologia e neurocirurgia e mais recentemente uma unidade que recebe somente pacientes com acidente vascular cerebral. Dentre as cirurgias mais realizadas estão as cirurgias gerais, pediátricas, plásticas, vascular periférica, traumato-ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia, odontologia, mastologia, transplantes e as ambulatoriais que incluem endoscopia, geral, oftalmológicas, dermatologia, urologia, e odontologia. Os exames mais realizados são de bioquímica, hematologia, parasitologia, hormônios, imunologia, sorologia, bacteriologia, urianálise, citologia, bem como exames especiais como ressonância magnética, tomografia computadorizada, ecocardiograma e serviços de radiologia. É um hospital-escola que recebe alunos da área de saúde das diversas universidades públicas e privadas com o intuito de aprimorar seu aprendizado.

3. População e amostra

3.1. População

A população foi constituída de aproximadamente 1392 idosos (maiores de 59 anos), internos no período de 2003 a 2006.

3.2. Amostra

Selecionou-se 300 idosos, baseando-se na fórmula a seguir para populações finitas. A prevalência de idosos com úlcera por pressão adotada foi de 25% Cardoso, Caliri, Hass, 2004, fixando-se uma precisão absoluta de 4,3%, um nível de significância de 5%.

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

4. Variáveis do estudo

As variáveis destacadas no estudo foram categorizadas no intuito de melhor compreensão. Essas foram: fatores sociodemográficos, fatores de risco, patologias mais prevalentes, efeitos dos medicamentos na ocorrência das úlceras por pressão, amputações, lesões cutâneas prévias, tempo de internação, prevenção, tratamento e prevalência.

5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do formulário para levantamento das informações contidas no prontuário relativo às questões pertinentes ao estudo (Apêndice 1).

Foram implementados alguns critérios durante a coleta de dados como: seleção dos prontuários por patologia, utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com escolha das doenças mais prevalentes entre os idosos como hemiplegia flácida, paraplegia espástica e flácida, tetraplegia flácida, espástica e não-especificada, neuropatia autonômica periférica idiopática, lesão encefálica anóxica, hipertensão crânica benigna, edema cerebral, doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Esclerose múltipla, outras doenças especificadas da medula espinhal, acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e transitórios e síndromes correlatas, isquemia cerebral transitória não especificada, síndrome do túnel do carpo, neuropatia hereditária e idiopática, miastenia gravis e outros transtornos neuromusculares, concussão cerebral, hemorragia epidural, úlcera por pressão, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, neoplasias em geral, diabetes mellitus insulino-dependente e não-insulino-dependente e outros tipos, desnutrição, doenças hipertensivas e outros tipos, infarto agudo do miocárdio, outras doenças isquêmicas agudas do coração, hemorragia intracerebral, infarto cerebral, aterosclerose, embolia e trombose arteriais, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares e septicemia e idade maior que 59 anos.

Esse processo foi desenvolvido devido ao hospital onde o estudo foi realizado não dispor de informatização no serviço de arquivo médico, bem como o censo diário hospitalar ser totalmente escrito e não possuir informações confiáveis e completas com relação ao número de internações de idosos anualmente e mensalmente.

6. Análise dos dados

Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados, quando os mesmos foram organizados em tabelas simples e cruzadas, além de gráficos. Calcularam-se as medidas estatísticas média e desvio padrão, além de intervalos com 95% de confiança, para as variáveis quantitativas. As associações entre as variáveis vícios e idade, medicamentos e úlceras por pressão, amputação e lesão cutânea prévia, fatores de risco e faixa etária, fatores de risco e úlceras por pressão na admissão e hospitalização, úlceras por pressão na admissão e na hospitalização, sexo e idade versus úlcera por pressão, ano de internação e prevalência das úlceras por pressão na admissão e hospitalização, foram analisadas por meio do teste de χ^2 e de Freedman. Para todas essas análises foi fixado o nível de significância de 5%. Os dados foram processados no software SPSS, versão 11.0.

7. Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos, encaminhou-se ao Comitê de Ética da instituição selecionada para a coleta de dados, o projeto de pesquisa que foi submetido à apreciação, tendo sido instituído o termo de fiel depositário para pesquisa nos prontuários. A pesquisa atendeu às diretrizes propostas pela resolução 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O sistema de categorização destina-se à análise e discussão dos dados e ao conhecimento dos resultados obtidos com a pesquisa. A análise foi possível por meio da tabulação dos dados, utilizando-se cálculos estatísticos, tabelas, quadros e gráficos demonstrativos, com o uso do diálogo livre com os autores consultados para o estudo.

Os resultados foram apresentados em forma de tópicos para melhor compreensão e visualização dos leitores.

① Caracterização sociodemográfica

A importância de conhecer os dados sociodemográficos como idade, sexo, estado civil e nível de escolaridade reside no fato de estes aspectos comporem a constituição do perfil dos idosos internados no período destinado à coleta de dados (2003 a 2006).

Examinando-se a distribuição de idosos por sexo, os resultados revelaram que dentre os 300 idosos internados entre 2003 e 2006 e selecionados para participar da pesquisa, observou-se um maior número de pessoas do sexo masculino em relação ao sexo feminino, demonstrada também a diferença estatística através dos testes numéricos:

Distribuição da frequência dos Idosos de um Hospital público da cidade de Fortaleza, 2006



Conforme se observa, as médias das idades de homens (74,1) e mulheres (73,3) são equivalentes, praticamente iguais, concluindo-se que os idosos estão adoecendo e internando-se em idades próximas, independente do sexo:

Tabela 4-Distribuição do número de idosos segundo as variáveis sociodemográficas, HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Variáveis	Nº	f%	Média	Desvio Padrão
1. Sexo				
Masculino	159	53,0		
Feminino	141	47,0		
2. Faixa etária				
60-65	67	22,3	Geral73,73	9,1
66-72	80	26,7	Masc: 74,1	9,5
73-83	104	34,7	Fem: 73,3	8,6
84-97	49	16,3		
3. Estado civil				
Casado	199	66,3		
Solteiro	49	16,3		
Viúvo	52	17,3		
4.Escolaridade				
Analfabeto	153	51,0		
Alfabetizado	101	33,7		
Ensino Fundamental	46	15,3		

Pôde-se constatar, analisando a tabela anterior, que a maioria configura-se de pessoas do sexo masculino, 159 e o restante composto de 141 pessoas do sexo feminino. Os resultados esboçam que a faixa etária que possuiu a maior quantidade de pacientes idosos internados foi entre 73 a 83 anos, sendo o sexo masculino mais prevalente com 55 homens (34,6%). Entretanto, verifica-se que a faixa etária que

menos internou no período referido para a pesquisa, encontra-se entre os 84 a 97 anos, com uma freqüência maior para o sexo masculino 28 (17,6%).

A hospitalização em idosos envolve uma série de questões como acesso aos serviços de saúde, sexo, idade, patologias, tempo de permanência nos hospitais e complicações, dentre elas as úlceras por pressão. Apesar da maioria da população idosa brasileira ser composta do sexo feminino, os resultados demonstraram que o sexo masculino prevaleceu dentre os trezentos prontuários investigados. Isso pode ocorrer devido ao fato das mulheres se cuidarem mais e procuraram mais freqüentemente os serviços de saúde, independente de estarem doentes ou não, indicando também uma maior expectativa de vida entre elas por estarem menos expostas a riscos do que os homens, como o uso de álcool, tabagismo, riscos ocupacionais. Por essas razões, as doenças degenerativas podem ser detectadas mais precocemente nas mulheres e, portanto, contribuindo para um tratamento efetivo e prognóstico melhor (PEREIRA, CURIONI e VERAS, 2003).

O nível de escolaridade e estado civil são importantes para averiguar se o aspecto educativo, a vida social e aspectos emocionais podem influenciar diretamente nos indicadores de saúde da população idosa e, portanto, em sua tendência maior ou menor para o adoecimento e internação.

De acordo com os resultados apresentados, dentre os participantes da pesquisa, 199 são casados (66,3%), indicando que a maioria dos pacientes idosos internados no hospital terciário selecionado para o estudo, convive com um companheiro ou companheira. Em contrapartida, 49 pacientes, ou seja, 16,3% são solteiros sem um parceiro ou companheiro, vivem sozinhos ou com a família. Os viúvos somam um total de 52 pessoas (17,3%), que vivem sozinhos ou com familiares.

A caracterização do estado civil da população idosa em estudo manifesta que a convivência com os cônjuges ainda é bem freqüente e valorizada pela sociedade. Além disso, os parceiros ou parceiras são as pessoas que geralmente cuidam da saúde de seus maridos e esposas e demonstram preocupação em procurar assistência médica, especialmente as mulheres. Confirma-se, então, a necessidade dos idosos, especialmente os já em idade avançada e portadores de

patologias crônico-degenerativas de acompanhamento contínuo pela equipe de saúde, tendo, portanto o cônjuge uma função ímpar no tratamento e recuperação. Lebrão e Laurenti (2005) ressaltam que nem sempre é possível que ocorra essa situação, pois geralmente o companheiro ou companheira também são idosos, conferindo algumas limitações ao outro que já está doente.

Quanto à escolaridade, verifica-se que a maioria dos idosos 153 (51,0%) é analfabeta e 46 (15,3%) possui ensino fundamental. A questão da escolaridade interfere diretamente no nível de saúde da população e na sua capacidade para adquirir um estilo saudável de vida, bem como participar ativamente do tratamento indicado à sua patologia.

Alves e Rodrigues (2005) concordam com diversos autores que o envelhecimento saudável é possível graças à combinação de variados fatores como a idade, sexo, o estado conjugal, a educação, as doenças crônicas e a capacidade funcional. Ainda de acordo com esses autores, aqueles idosos com níveis educacionais mais baixos podem tecer expectativas mais baixas em relação ao seu estado de saúde.

Esse aspecto pode interferir na capacidade do idoso de adquirir um comportamento saudável, devido ao seu nível de escolaridade.

Os hábitos das pessoas, como vícios, influenciam permanentemente em seu estado de saúde ou de doença. Os vícios mais comuns são o tabagismo e o etilismo que são demonstrados na tabela abaixo:

Tabela 5- Distribuição do número de idosos segundo vícios. HGF- Fortaleza - Ceará, 2003 a 2006.

Vícios	Nº	f%
Não tem	263	87,7
Tabagismo	27	9,0
Etilismo	10	3,3
Total	300	100,0

O tabagismo e o etilismo são considerados fatores de risco para inúmeras doenças como o câncer, hipertensão arterial e diabetes mellitus. A maioria dos

idosos (87,7%) não apresentou nenhum dos dois vícios, 27 idosos (9%) eram tabagistas e 10 (3,3%) eram etilistas. Verificou-se que dentre os idosos participantes do estudo, a prevalência do tabagismo e etilismo foi reduzida em relação ao quantitativo de pessoas sem nenhum dos dois vícios.

As faixas etárias mais acometidas pelo tabagismo e etilismo são importantes para se conhecer dentre os idosos, as idades com maior número de indivíduos com os dois ou sem nenhum vício. Sabendo dessa realidade, o enfermeiro pode intervir de forma a convencer o cliente a deixar o vício ou pelo menos reduzir, diminuindo as complicações associadas ao vício.

Tabela 6- Distribuição do número de idosos segundo vícios e faixa etária. HGF- Fortaleza-Ceará, 2003 a 2006.

Vícios	Idade								Total	
	60-65		66-72		73-83		84-97		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Não	51	76,1	68	85,0	97	93,3	47	95,9	263	87,7
Sim	16	23,9	12	15,0	7	6,7	2	4,1	37	12,3
Total	67	100,0	80	100,0	104	100,0	49	100,0	300	100,0
$\chi^2 = 14,89$ $p = 0,002$										

Os resultados revelam que a faixa etária que possui como vícios o alcoolismo e/ou etilismo é a situada entre 60 a 65 anos de idade, assim como a faixa etária menos acometida pelos dois vícios é a de 84 a 97 anos. Cada faixa etária detém 16 (23,9%) e 2 (4,1%) idosos, respectivamente, o que representa ainda um percentual alto dos vícios em uma fase mais precoce da velhice.

O tabagismo e o etilismo influenciam na cicatrização das feridas, especialmente das úlceras por pressão, porque o tabagismo diminui a hemoglobina circulante no sangue e ocasiona disfunção pulmonar, predispondo a carência de oxigênio, interferindo diretamente na cicatrização. O etilismo pode lesionar o cérebro, coração, fígado e pâncreas, prejudicando na adesão ao tratamento e na recuperação da ferida (BRASIL, 2002).

Conforme o valor de p, ou seja, a possibilidade de estatisticamente quanto maior a idade menor a probabilidade de vícios aparecerem nessas faixas etárias. Os testes revelam que os pacientes fumam ou bebem mais no início da velhice do que os maiores de 72 anos.

Pelos motivos citados anteriormente, o enfermeiro deve assistir o cliente idoso no intuito de estimulá-lo a participar do tratamento, reduzindo o consumo de fumo e álcool, auxiliando na prevenção e cicatrização das lesões cutâneas.

② Relação entre os fatores de risco e as úlceras por pressão

②.① Patologias mais prevalentes

Os diagnósticos encontrados nos prontuários durante o período de coleta de dados foram inúmeros e variados. Por essa razão, considerou-se conveniente e didático agrupá-los em sete grandes grupos de doenças: AVC (acidente vascular cerebral), HIAS (hipertensão arterial sistêmica), diabetes mellitus, cardiopatias, neuropatias, pneumopatias e outras.

Essas patologias foram as mais prevalentes entre os idosos internados e como são denominadas como doenças crônico-degenerativas, são, portanto, concebidas como fatores contribuintes ao desenvolvimento das úlceras por pressão:

Tabela 7- Distribuição do número de idosos segundo os diagnósticos mais prevalentes. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Diagnósticos	Nº	f%
Hipertensão arterial	223	74,3
Acidente vascular cerebral	180	60,0
AVC e hipertensão arterial	156	52,0
Outras doenças	119	39,6
Diabetes Mellitus	77	25,6
Pneumopatias	55	18,3
Neuropatias	43	14,3
AVC, HAS e Diabetes	39	26,0
Câncer	38	12,6
Cardiopatias	29	9,6

As doenças mais prevalentes foram o acidente vascular cerebral e hipertensão arterial com 223 (74,3%) e 180 (60%) dos 300 idosos acompanhados respectivamente, revelando que a velhice é uma fase da vida em que a pessoa possui uma tendência a desenvolver doenças crônico-degenerativas. Em contrapartida, apenas 29 idosos, ou seja, 9,6% têm o diagnóstico de cardiopatias que podem estar associadas ou não à hipertensão arterial e outras doenças degenerativas e um total de 156 idosos com as duas patologias ao mesmo tempo.

A maioria dos pacientes com diagnóstico de AVC e hipertensão arterial ou outras doenças crônicas podem afetar a capacidade perceptiva, circulação sanguínea, oxigenação, mobilidade, nível de consciência, alterações dos níveis de eletrólitos, proteínas e aumentar a chance de complicações pelo tempo prolongado de hospitalização que elas exigem.

Cardoso, Caliri e Hass (2004) referem que o fator idade é julgado como um fator de risco para as úlceras por pressão devido às modificações ocorridas na pele e tecido subcutâneo, bem como as alterações cardiocirculatórias ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas que podem precipitar mudanças na circulação do sangue, nível de consciência e oxigenação prejudicando a cicatrização da pele e reduzindo sua resistência às lesões.

Dianteiro (2006) lembra que os problemas da pele relacionados ao envelhecimento tornam-se acelerados devido a fatores desencadeantes como efeitos adversos de alguns medicamentos, patologias como diabetes mellitus, déficits nutricionais e problemas vasculares gerais.

Discutindo ainda fatores agregados à influência do diagnóstico da doença na ocorrência das úlceras por pressão, procedeu-se à investigação do fenômeno da amputação de membros associada às complicações da diabetes mellitus, e, por conseguinte, se esse fator pode alterar diretamente ou indiretamente o estado clínico do idoso internado, deixando-o mais propenso ou não a outras patologias:

Tabela 8- Distribuição do número de idosos segundo os diagnósticos relacionados à ocorrência de amputação de membros. HGF- Fortaleza-Ceará, 2003 a 2006.

Diagnóstico	Amputação	
	Não	Sim
HIAS	223	4
AVC	184	3
Outras	112	3
Diabetes	74	3
Pneumopatias	53	2
Neuropatias	49	—
Câncer	38	—
Cardiopatias	36	—

Ao analisarem-se os resultados anteriores, vê-se que dentre os 300 idosos internados, cinco apresentaram amputações em algum membro de seu corpo, três deles associados aos diagnósticos de diabetes mellitus, quatro deles, à hipertensão arterial e três, ao acidente vascular cerebral (AVC). Algumas pessoas amputadas possuíam diagnóstico associado a outras doenças como hepatopatias, colelitíase, pancreatite, nefropatias, problemas gastrointestinais, problemas oculares, traumas e septicemias.

Evidentemente que o fenômeno da amputação não está exclusivamente ligado à doença diabetes mellitus, podendo ocorrer por traumas e outras patologias. Mas, comumente, encontra-se relacionado a doenças degenerativas como a diabetes e hipertensão arterial.

Segundo Gamba *et al* (2004), o Instituto Nacional de Saúde estimou a prevalência de amputações entre pessoas com diabetes mellitus em 10%. Ainda de acordo com esses autores, aspectos associados à diabetes que poderiam influenciar ou precipitar uma amputação são idade, escolaridade, tabagismo, tipo de emprego,

etilismo, hipertensão arterial, controle da diabetes, diagnóstico registrado de vasculopatias crônicas, lesões cutâneas crônicas e comparecimento às consultas de enfermagem.

Diante das mudanças no metabolismo provocadas pela diabetes, os problemas de pele podem agravar-se resultando em infecções, podendo levar a septicemias e, conseqüentemente, a amputações de membros inferiores, especificamente. Minelli *et al* (2003) afirmam que a neuropatia periférica e insuficiência vascular periférica são complicações desencadeantes de uma possível amputação por facilitarem a ocorrência de patologias cutâneas, devido à redução da imunidade e invasão das bactérias.

Esse problema exige soluções rápidas e ações eficazes sobre as causas e fatores de risco da doença através da prevenção e educação em saúde especialmente com as pessoas com maior risco de desenvolvê-lo.

②.② Cirurgias

As cirurgias podem ser concebidas como fatores desencadeantes das úlceras por pressão pelo tempo de permanência do cliente deitado e imóvel sobre a superfície rígida da cama operatória, o que pode ocasionar lesões e feridas, complicando o estado clínico dele.

As cirurgias estão evidenciadas na tabela 7, com todos os idosos que realizaram alguma cirurgia e com aqueles que não realizaram nenhum procedimento cirúrgico.

Tabela 9- Distribuição do número de idosos que realizaram cirurgias. HGF - Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Cirurgias	Nº	f%
Sim	100	3,3
Não	200	66,7
Total	300	100,0

De um total de 300 idosos hospitalizados no período referido da pesquisa, a maioria, 200 (66,7%), não foi submetida a nenhum procedimento cirúrgico e 100 (33,3%) realizaram alguma cirurgia.

A cirurgia pode ser considerada um fator de risco para aparecimento das úlceras por pressão, porque de acordo com Stots (1999), o paciente passa inúmeras horas numa mesma posição, sem contar que a anestesia e sedação produzem a redução da percepção sensorial.

Nesse mesmo estudo realizado por Stots (1999) no qual a autora faz uma revisão da literatura a respeito do desenvolvimento das úlceras por pressão em pacientes cirúrgicos, em uma das literaturas pesquisadas por ela, o autor Versluysen examinou 100 pacientes idosos com fraturas de idades variando de 70 a 94 anos. Dos 100 pacientes, 89 foram submetidos a cirurgias com tempo prolongado e 66 desenvolveram úlceras por pressão, num período de 48 horas.

As pesquisas indicam que as cirurgias, especialmente as prolongadas, produzem um efeito prejudicial para a pele, podendo de fato ocasionar lesões como a úlcera por pressão por questões relacionadas à imobilidade, pressão exercida por longo tempo sobre as proeminências ósseas, perfusão tecidual e percepção alteradas pela anestesia e sedação, aspectos estes que são considerados fatores de risco para as úlceras por pressão.

②.③ Efeitos dos medicamentos na ocorrência das úlceras por pressão

A terapia medicamentosa utilizada no tratamento das diversas patologias atualmente é essencial para a cura e amenização da dor, efeitos maléficos da doença, bem como das complicações. Essa evolução na área de saúde com respeito à descoberta e produção de novas medicações e tratamentos das doenças avançou, mas com ela, a necessidade de monitorar rigorosamente os efeitos adversos e seus potenciais riscos para o desenvolvimento de outras doenças, especialmente em pessoas idosas.

Alguns medicamentos podem interferir na cicatrização de feridas, assim como produzem efeitos negativos sobre a pele, tornando-a mais suscetível ao aparecimento de lesões e outras patologias cutâneas.

Tabela 10 – Distribuição do número de idosos segundo a ocorrência das úlceras por pressão na hospitalização e a utilização de medicamentos. HGF - Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Medicamentos	Úlceras por pressão			
	Sim		Não	
	Nº	f%	Nº	f%
Antitérmicos	2	0,7	4	1,3
Antibióticos	37	12,3	76	25,3
Psicotrópicos	33	11,0	92	30,7
Insulina e hipoglicemiantes orais	32	10,7	61	20,3
Anti-hipertensivos	21	7,0	205	68,3
Analgésicos	11	3,7	63	21,0
Antieméticos	10	3,3	66	22,0
Outros	62	20,7	253	84,3
	$\chi^2= 44,07$		$p= 0,0001$	

Observa-se na tabela anterior, que dentre os 300 idosos internados no período selecionado para a pesquisa (2003 a 2006), 62(20,6%) que utilizavam outros medicamentos, dentre os enumerados no início da tabela, adquiriram úlceras por pressão. Esses medicamentos foram antiinflamatórios, diuréticos, antivirais, anticolinérgicos, vasopressores, dopaminérgicos, broncodilatadores e antifúngicos que podem possibilitar o desenvolvimento das lesões cutâneas como as úlceras por pressão.

Com relação à utilização de medicamentos e a ocorrência de úlceras por pressão na hospitalização dos idosos, o teste estatístico demonstrou que houve associação relevante entre os dois fatores com $p= 0,0001$, isto é, a aplicação e uso contínuos dos medicamentos citados podem levar ao desenvolvimento das úlceras por pressão nos idosos hospitalizados.

Os antivirais podem provocar como reações adversas prurido, erupções na pele. Os anticolinérgicos causam edema em algumas regiões do corpo, dificultando a circulação sangüínea, por conseguinte, a cicatrização. Os vasopressores acarretam flebite, hipotensão e respiração difícil, prejudicando a oxigenação sangüínea e a cicatrização. Os dopaminérgicos podem ocasionar necrose, danos do tecido muscular e vasoconstricção, facilitando o desenvolvimento de lesões

cutâneas. Os broncodilatadores podem ter como reações adversas erupção da pele, necrose no local das injeções e fraqueza respiratória, fatores esses que podem auxiliar na ocorrência das úlceras por pressão. Os antifúngicos causam prurido cutâneo e fraqueza, que podem culminar com o aparecimento de solução de continuidade da pele (CAETANO, 2003).

Alguns medicamentos como antiinflamatórios alteram a resposta inflamatória do processo de cicatrização e imunossuppressores, quimioterápicos e radioterapia modificam profundamente a imunidade do organismo, afetando e reduzindo a cicatrização (BRASIL, 2002).

Comprovadamente, os medicamentos citados podem ter influência direta na ocorrência das úlceras por pressão, pelas modificações sistêmicas que provocam reações graves no organismo humano, afetando a imunidade, circulação sangüínea, sepse e outras alterações que se tornam fatores de risco para o desenvolvimento das lesões.

Os pacientes tratados com antibióticos, psicotrópicos, insulina e hipoglicemiantes orais foram os mais afetados pela ocorrência das úlceras por pressão com 37(12,3%), 33(11%) e 32(10,6%) dos 300 idosos pesquisados, respectivamente.

A maioria dos antibióticos ocasiona reações como *rash* maculopapular e eritematoso, urticária, edema, flebite no local da injeção, febre, dispnéia e outras sistêmicas que comprometem o transporte de oxigênio, nutrientes e células de defesa, que ajudam e atuam diretamente na imunidade de funcionamento do organismo, levando à fragilidade da pele e órgãos nobres. Os psicotrópicos são responsáveis por alterações como erupção cutânea, necrose e inflamação do local da injeção, rash cutâneo, fotossensibilidade e hipotensão, sendo considerados fatores predisponentes à manifestação das úlceras por pressão. Já a insulina e hipoglicemiantes orais podem estimular o aparecimento de *rash* cutâneo, edema, prurido, inflamações, enduração, lipodistrofias, infecções, abscessos e ganho de peso, que podem tornar-se fatores desencadeantes para as úlceras por pressão (CAETANO, 2003; BONFIM, BONFIM, 2005).

A insulina e os antibióticos são utilizados no tratamento de doenças crônico-degenerativas como a diabetes mellitus, que ocasionam profundas modificações no organismo do paciente, alterando as funções mais importantes especialmente da pele, como a de barreira contra microorganismos e lesões. Os outros medicamentos

utilizados em pacientes com úlcera por pressão em menor escala foram os analgésicos 11 (3,6%), antieméticos 10 (3,3%) e antitérmicos 2 (0,6%), indicando que esses medicamentos também podem provocar o aumento da incidência e prevalência das úlceras por pressão.

Alguns medicamentos administrados, especialmente os de uso prolongado, podem concorrer para o desenvolvimento das úlceras por pressão. Os sedativos e hipotensores interferem na mobilização do paciente e os medicamentos hipotensores diminuem o fluxo sanguíneo e perfusão tecidual, aumentando a suscetibilidade do indivíduo às úlceras por pressão (ROGENSKY, SANTOS, 2005).

②.④ Amputações e lesões cutâneas prévias

As condições clínicas conseqüentes dos variados problemas de saúde como as amputações e lesões cutâneas já presentes podem participar como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão, não pelo fato deles causarem diretamente as úlceras por pressão, mas as doenças de base que conduzem a essas complicações influenciam no desenvolvimento das úlceras.

Os aspectos que podem ser associados ou não à ocorrência das úlceras por pressão, e atrelados à idade, foram examinados utilizando o teste Qui-quadrado (χ^2), conforme a tabela seguinte:

Tabela 11- Distribuição do número de idosos segundo as amputações e lesões cutâneas prévias ocorridas. HGF-Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Variáveis	Faixa				Etária				χ^2	p
Amputação	60-65		66-72		73-83		84-97			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	1	1,5	2	2,5	1	1,0	1	1,0	0,709	0,871
Lesão cutânea prévia										
Sim										
Não										

Com relação às variáveis amputação e lesão cutânea prévia, verificou-se que não houve associação estatisticamente representativa entre as mesmas e as faixas etárias pesquisadas, com $p=0,871$ e $p=0,663$, respectivamente. Mas observou-se que a faixa etária mais acometida pelas amputações foi entre 66-72 anos e a mais significativa na ocorrência de lesões cutâneas prévias foi também a de 66-72 anos. Esse resultado demonstra que houve uma concentração de lesões ou patologias nessa faixa etária que provocaram a amputação e lesões cutâneas graves ou não, podendo esse fator influenciar no aparecimento de outras feridas ou infecções.

A amputação de acordo com Smeltzer e Bare (2006) é a retirada de um segmento corporal, comumente um membro, que pode ser decorrente de uma doença vascular periférica (diabetes mellitus), gangrena gasosa fulminante, traumas (lesões por esmagamento, queimaduras, geladuras), deformidades congênitas, osteomielite crônica e tumor maligno. As complicações das amputações que podem ocorrer são a hemorragia, infecção, ruptura cutânea, dor no membro fantasma e dor articular. Os fatores infecção e ruptura cutânea podem exacerbar e formar lesões cutâneas, como por exemplo, as úlceras pela fricção do membro amputado com a prótese.

As lesões cutâneas prévias podem provocar alterações na textura e uniformidade da pele como edema, ressecamento e falta de elasticidade, levando ao

surgimento de outras lesões ou feridas como as úlceras por pressão (www.terra.es/personal/duenas).

Essas alterações na formação e propriedades protetoras da pele devem ser corrigidas ou amenizadas no intuito de prevenir complicações e modificações que podem comprometer a solução de continuidade da pele, deixando-a exposta a infecções.

O enfermeiro deve atuar realizando uma avaliação constante e exame físico freqüentemente, interagindo com o cliente e família, envolvendo-o no planejamento da prevenção e tratamento da pele, tentando solucionar as mudanças ocorridas na mesma com estratégias rápidas, de baixo custo e eficazes, como lubrificação, hidratação, procura de sinais clínicos de infecção e higiene.

Os fatores de risco para úlceras por pressão estão relacionados diretamente com a ocorrência de úlceras por pressão, especificamente em pessoas idosas. Alguns comentários devem ser tecidos a respeito de certos atenuantes e agravantes desses fatores: a idade, o tipo de hospitalização, o tempo de permanência internado e a patologia são critérios que devem ser levados em conta no momento de considerar os fatores de risco para elaboração de um plano de prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

A tabela abaixo revela as faixas etárias em que os idosos estão mais suscetíveis aos fatores de risco estudados nessa pesquisa:

Tabela 12- Distribuição do número de idosos segundo os fatores de risco e faixa etária. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Fatores de risco	Faixa Etária			
	60-65	66-73	73-83	84-97
Imobilidade no leito	17	20	31	11
Estado Nutricional deficitário	16	23	28	10
Pressão	17	24	33	10
Valores laboratoriais anormais	33	45	53	25
Patologias crônico-degenerativas	65	75	104	48
Integridade Tissular prejudicada	9	13	9	6
Incontinência fecal e urinária	10	12	12	4
Outros	35	43	48	27
	Teste de Freedman=18,56	p<0,05		

Analisando os resultados apresentados, nota-se que os fatores de risco mais presentes foram as patologias crônico-degenerativas abordadas nesse estudo, a maioria, na faixa etária entre 73 a 83 anos, com 104 casos. Em segundo lugar, os valores laboratoriais anormais surgiram como fator de risco mais evidente na faixa etária de 73 a 83 anos, com 53 pessoas. Em terceiro lugar, outros fatores de risco como consciência alterada, medicamentos e drogas vasoativas, estado de percepção sensitiva alterada e coma foram considerados como bastante freqüentes em 48 dos 300 clientes investigados, especialmente na faixa etária de 73 a 83 anos. Verifica-se então que houve uma semelhança das faixas etárias mais afetadas, 73 a 83 anos, demonstrando que o profissional de saúde deve estar atenta à morbidade dessa fase da vida do idoso, em que ele está mais exposto às doenças e complicações decorrentes da hospitalização.

Chaimowicz (1997) afirma em estudo realizado por Horan que as pessoas idosas são portadores de inúmeros problemas médicos de doenças crônicas como osteoartrites, dispnéias, aumentam com a idade. Além de tudo, o envelhecimento biológico traz uma carga de debilidade do organismo humano, aliado a fatores como doenças crônico-degenerativas, condições de abuso (vícios) ou desuso (sedentarismo), aumentando a possibilidade de ocorrência de patologias e incapacidades.

Em estudo realizado por Marrie, Ross e Rockwood (2003) foi detectado que os principais fatores de risco que levam ao aparecimento das úlceras por pressão são doenças neurológicas, patologias na coluna vertebral, fraturas, doenças vasculares, anemia, problemas hematológicos, diabetes, doenças isquêmicas e traumas.

Mesmo a pressão exercida sobre as proeminências ósseas pode ser considerada o agente etiológico mais poderoso das úlceras por pressão, fatores como déficit de mobilidade, cliente acamado por períodos prolongados, alterações nutricionais, modificação da percepção sensorial, incontinência fecal e urinária e outros como idade, fricção, umidade excessiva e constante, nível de consciência, posicionamento durante a intervenção cirúrgica, diabetes mellitus e doenças terminais contribuem significativamente para exacerbar o desenvolvimento dessas lesões (FRANCELIA, NIDIA, 2003).

Todos esses fatores aliados à falta de cuidados com a prevenção, monitoramento e tratamento das úlceras por pressão complicam o estado do doente, deixando-o mais debilitado, portanto sujeito a alterações negativas na recuperação de sua doença, aumentando os custos e tempo de internação.

Os fatores de risco para úlcera por pressão devem ser corrigidos e acompanhados tais como o déficit nutricional, alterações dos exames laboratoriais, incontinências, medicamentos, umidade, fricção, pressão e cirurgias. A assistência de enfermagem deve abranger estes aspectos e os relacionados ao cliente como o emocional, psicológico, fisiológico e auto-estima.

A associação de fatores de risco com o surgimento das úlceras por pressão está representada na tabela abaixo, com os cálculos estatísticos de probabilidade e teste qui-quadrado:

Tabela 13- Distribuição do número de idosos segundo fatores de risco e presença / ausência de úlceras por pressão com resultados estatísticos. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Fatores de risco	Úlceras por pressão na Admissão		Úlceras por pressão na hospitalização	
	Sim	Não	Sim	Não
Imobilização no leito	13	68	45	31
Estado nutricional deficitário	12	67	44	27
Pressão	12	67	43	35
Valores laboratoriais Anormais	9	142	42	111
Patologias crônico-degenerativas	14	272	60	230
Integridade tissular prejudicada	9	27	13	19
Incontinência fecal e Urinária	5	38	21	20
Outros	9	144	45	105
	$\chi^2 = 32,84$	$p = 0,0001$	$\chi^2 = 92,78$	$p = 0,0001$

Verificou-se que existe associação significativa entre as variáveis imobilização no leito, estado nutricional deficitário, pressão, valores laboratoriais anormais, patologias crônico-degenerativas, integridade tissular prejudicada, incontinência fecal e urinária e outros fatores como alteração do nível de consciência, utilização de medicamentos, umidade, higiene deficiente, tabagismo, etilismo e a presença de úlceras por pressão na admissão e/ou hospitalização do idoso, de acordo com os testes estatísticos realizados, $p=0,0001$.

A tabela revela ainda que os fatores de risco que mais incidiram sobre a ocorrência das úlceras por pressão tanto na admissão quanto na hospitalização foram a imobilização no leito e as doenças crônico-degenerativas com 13 e 14 idosos na admissão, e 45 e 60 idosos na hospitalização, respectivamente. Os outros fatores de risco citados contribuíram com nove idosos na admissão e 45 durante a

hospitalização, respectivamente. Os fatores de risco estado nutricional deficitário, pressão e valores laboratoriais anormais revelaram que, de acordo com seus resultados, influenciam ativamente no desenvolvimento das úlceras por pressão em idosos hospitalizados.

Os fatores de risco podem ser categorizados em intrínsecos e extrínsecos para melhor compreensão e discernimento. Os fatores de risco intrínsecos são compostos por alteração da sensibilidade da pele, turgor e elasticidade reduzidos, modificações na textura e umidade cutâneas, proeminências ósseas destacadas, idade avançada, temperatura corporal modificada, alteração da mobilidade física parcial ou totalmente. Os fatores de risco extrínsecos têm a ver com a pressão exercida sobre as proeminências ósseas, o cisalhamento, a restrição total ou parcial no leito, a mobilização incorreta, o colchão incorreto, a higiene e as roupas de cama impróprias (SILVA, 1998).

Ainda de acordo com a autora supracitada, os fatores predisponentes influenciam na formação da úlcera por pressão como: modificações metabólicas, cárdio-respiratórias, neurológicas, crônico-degenerativas, nutricionais, circulatórias, hematológicas, psicológicas e medicamentos depressores do sistema nervoso central.

Existem diversas causas para a formação das úlceras por pressão. É necessário o conhecimento das mesmas como maneira de elaborar estratégias que atuem diretamente sobre elas. Foi demonstrado que existe associação dos fatores de risco abordados nesse estudo com a ocorrência das lesões na admissão e durante a hospitalização dos idosos, não desmerecendo a participação de outros fatores não estudados aqui. Foram selecionados aqueles mais encontrados nos prontuários e as causas que mais ocorreram durante a pesquisa.

A incidência contínua desses fatores de risco e predisponentes sem a tomada de medidas preventivas e de contenção imediatas pelo enfermeiro e equipe de enfermagem pode culminar na prevalência alta das úlceras por pressão em clientes idosos, aumentando o tempo de hospitalização pelas complicações que as lesões acarretam, como custos elevados com o tratamento e recuperação, aumentos dos riscos de infecção, septicemia, taxa de ocupação alta em detrimento de outros pacientes que também necessitam daqueles leitos e taxas de morbi-mortalidade em ascensão.

A ocorrência das úlceras por pressão em clientes hospitalizados é considerado um grave problema de saúde, evidenciando desconforto físico, custos financeiros altos no tratamento e morbidade, assistência de enfermagem 24 horas, internação hospitalar longa, utilização de equipamentos sofisticados, riscos elevados para complicações advindas das lesões, tratamento cirúrgico e conseqüências nas taxas de mortalidade (FERNANDES, 2006; KELLER, RAMSHORST, WERKEN, 2002; BRYANT, 1992).

A enfermagem deve estar atenta aos indicadores de qualidade da assistência, e a prevenção da formação das úlceras por pressão é considerada por alguns autores e enfermeiros como um indicador da qualidade da assistência de enfermagem. Os fatores de risco identificados durante o cuidado direto ao paciente mais comumente são: pressão, imobilização no leito, nível de consciência alterado, percepção sensorial alterada, fricção, cisalhamento, umidade, deficiência nutricional, idade avançada, hipotensão, diabetes, condições sistêmicas graves, tempo de cirurgia maior que 2 horas, efeitos dos medicamentos, doenças neurológicas, lesões medulares, câncer, edema, stress, higiene precária, pele ressecada, doenças vasculares, úlceras por pressão prévias, pontuação na escala de Braden, hipoglicemia, hipoalbuminemia, nutrição por sonda enteral nutrição parenteral, desnutrição, reinternações e número reduzido de profissionais para a realização dos cuidados devem ser acompanhados diariamente pela equipe de enfermagem e por outros profissionais de saúde, com a finalidade de evitar complicações e dificuldades para o cliente (FERNANDES, 2006).

Por tudo o que foi discutido, a busca do conhecimento pelo enfermeiro deve ser incessante. Ele deve ter interesse em estar atualizado para novas tecnologias, tratamentos recursos para melhorar a qualidade de vida do cliente sob sua responsabilidade e não se esquecer de acompanhá-lo desde o momento de sua admissão até o momento de sua alta, procurando tornar sua estada breve e sem complicações.

Em um estudo realizado por Nogueira, Caliri e Santos em 2002, sobre os fatores de risco e medidas preventivas para úlcera por pressão no cliente com lesão medular, foram constatadas situações de risco que poderiam precipitar a ocorrência desse tipo de lesão; não só pelas características clínicas desses pacientes selecionados para a pesquisa, mas também outros que além da internação

prolongada, possuem condições físicas agravantes que contribuem para o aparecimento da úlcera por pressão.

Ainda considerando o estudo implementado pelas autoras anteriores, foram investigados fatores de risco mencionados com maior frequência pela equipe de enfermagem. Dentre eles estão: mobilidade física prejudicada, pouca mudança rigorosa de decúbito, longa permanência em superfícies duras, excesso de pressão em proeminências ósseas, falta de cuidados em casa, redução/perda da sensibilidade ou capacidade de sentir dor ou desconforto, perda ou redução da mobilidade, irritação da pele por incontinência urinária ou fecal, uso do colchão não adequado, hospitalização prolongada com cuidado inadequado, fricção ou atrito do corpo com superfícies ásperas, recursos humanos insuficientes, não existência de um programa de prevenção para orientação do paciente e família, paciente que vem de outro hospital de com úlcera por pressão, falta de detecção precoce de sinais indicativos de úlcera por pressão, falta de fisioterapia, falta de cuidados e inspeção da pele com frequência, estado nutricional insatisfatório, assistência de enfermagem inadequada, falta de avaliação do estado geral de saúde do paciente pela enfermagem, falta de conhecimento da enfermagem, falta de preparo para a alta hospitalar, falta de planejamento de cuidados preventivos durante a internação e pouco conhecimento dos profissionais sobre úlcera por pressão e medidas preventivas (NOGUEIRA, CALIRI, SANTOS, 2002).

A hospitalização prolongada de idosos pode ser considerada um fator de risco ou predisponente para a formação de úlceras por pressão em clientes nessa faixa etária. Observa-se que mesmo que o tempo de permanência em instituições hospitalares seja curto, existe a possibilidade da ocorrência das lesões em estudo:

Tabela 14- Distribuição do número de idosos segundo a ocorrência das úlceras por pressão na admissão/hospitalização e os dias de internação. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Úlcera por pressão	Número de dias de internação					
	1 a 10		11 a 20		21 ou +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	38	12,3	13	4,3	11	3,6
Não	142	47,3	50	16,6	46	15,3
Total	180	60,0	63	21,0	57	19,0

A tabela 14 demonstra a ocorrência de úlceras por pressão em idosos hospitalizados de acordo com a permanência na instituição e prevalência das mesmas durante a internação. Nota-se que mesmo com poucos dias de internação, por exemplo, entre 1 a 10 dias, 38 dos 180 idosos investigados desenvolveram úlceras por pressão; enquanto que dentre os idosos internados com tempo de 11 a 20 dias (63), 13 adquiriram úlceras por pressão e clientes com 21 dias e mais de hospitalização (57), 11 foram acometidos por elas.

A úlcera por pressão é uma das complicações associadas à hospitalização, por essa razão necessita de uma atenção especializada por parte do enfermeiro e profissionais de saúde. Em hospitais com unidade de terapia intensiva, 60 a 70% das pessoas internadas adquirem úlceras por pressão durante as duas primeiras semanas (BISPO, DIAS, LAUREANO, LAFAYETTE, ZACARIAS, 2002; GOODE, ALLMAN, 1997).

No mesmo estudo realizado por Bispo e colaboradores em 2002, verificou-se que as úlceras poderiam aparecer durante a hospitalização por várias razões como longo tempo de restrição ao leito passado pelos pacientes, fragilidade e suscetibilidade, ocasionada pela cronicidade das patologias e a falta de um programa de prevenção.

Dessa forma, deve haver uma preocupação imediata com o tempo de permanência dos pacientes no hospital que deve ser o mínimo possível, se não for

viável, tomar medidas eficazes para o controle e monitoramento das complicações decorrentes da hospitalização prolongada.

③. Ausência de escalas de predição de risco para úlceras por pressão

O estudo mostrou, com base na investigação realizada nos 300 prontuários, que a instituição não utiliza nenhuma escala de predição de risco para úlceras por pressão. A importância desse resultado revela-se à medida que para detectar-se o risco de desenvolver úlceras por pressão, não é necessário somente conhecer os fatores de risco, mas também avaliar a tendência que cada indivíduo tem para adquirir ou não essas lesões.

Para avaliar o risco de desenvolver as úlceras por pressão, é preponderante a utilização de escalas de predição de risco como as de Braden, Norton, Waterlow ou Gosnell.

A escala de Braden, por ter sido validada e traduzida para o português, é a mais utilizada em nosso meio, atualmente. Outras vantagens de sua utilização são o fácil manuseio, a abordagem de aspectos que não existem em outras escalas, a facilidade de manuseio e compreensão por parte dos enfermeiros brasileiros.

As atividades relacionadas à avaliação de um cliente para detecção de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão incluem a graduação do risco aplicando a escala de predição de risco, elaborar um plano de cuidados, documentar a assistência prestada e estimular a educação dos cuidados com o paciente e do cuidador do mesmo. A importância de se avaliar o cliente constantemente, conferindo um valor inicial no momento em que este é admitido na unidade hospitalar, determinando o seu nível de autonomia para as atividades, torna possível para os enfermeiros o conhecimento das atividades em que necessita de ajuda e os orienta com relação aos fatores associados ao aparecimento das úlceras por pressão, no sentido de monitoramento constante desses fatores e dessas atividades (LÁZARO et al, 2005; SILVESTRE *et al*, 1999).

As escalas de predição de risco de úlceras por pressão permitem identificar aqueles pacientes em maior risco, beneficiando-os com a implementação das medidas preventivas baseadas na valoração do risco. Além disso, as escalas

possibilitam também conhecer os níveis de risco para direcionar as estratégias de prevenção de acordo com a agressividade dos fatores desencadeantes, avaliando o sucesso dos cuidados (AYELLO, BRADEN, 2001)

A escala de Braden, como já discutido anteriormente, baseia-se em uma pontuação como as outras, mas apresenta uma diferença em que a mesma avalia a fricção e cisalhamento que o paciente sofre, aspectos estes que as outras escalas não avaliam. A pontuação considerada para o cliente em risco é a de menor ou igual a 16. Algumas medidas de prevenção e cuidados de enfermagem podem ser executados de acordo com a pontuação de cada doente, independente se os escores obtidos indicam um risco grande ou nenhum risco (Anexo 3).

As pontuações enquadram-se da seguinte maneira: 19 a 23, nenhum risco; 15 a 18, em risco; 13 a 14, risco moderado; 10 a 12, risco elevado e nove ou menos, risco muito alto. Clientes em risco, com escores de 15 a 18, o enfermeiro deverá considerar um protocolo de mudança de decúbito, melhorando a mobilização com proteção dos pés do paciente, proporcionando uma superfície redutora de pressão se o mesmo está acamado ou confinado a cadeira de rodas, com controle da umidade, nutrição, fricção, pressão e cisalhamento. Clientes com risco moderado (13 a 14), o enfermeiro deve implementar as mesmas estratégias anteriores, sem esquecer-se de fornecer proteção com espumas para posicioná-los lateralmente a 30 graus no leito. O risco elevado (10 a 12) deve ser conduzido pelo enfermeiro com mudanças rígidas de decúbito com pequenos deslocamentos de posição aliadas às medidas anteriores de prevenção. O enfermeiro deve ser cuidadoso ao acompanhar o paciente com risco muito alto (menor ou igual a nove), pois este pode estar exposto a uma dor insuportável. Esses clientes devem ser acompanhados rigorosamente na sua mudança de posição, utilização de superfícies de apoio, controle rígido da alimentação, bem como os outros fatores já citados (AYELLO e BRADEN, 2001).

Enfim, a escala de Braden é um instrumento que pode prever o risco de acometimento das úlceras por pressão tanto na população de idosos, como em toda pessoa em risco de adquiri-la, com sensibilidade e especialidade próprias. E por ser um instrumento simples de utilizar, por fazer uso de definições claras e lógicas, que se aplica no momento da admissão do cliente, poderia servir como um manual ou orientação para disposição dos recursos humanos e tecnológicos em pessoas com

risco de desenvolver úlceras por pressão (BLÜMEL, TIRADO, MARIA, FRANCISCA e SARRÁ, 2004).

Os cuidados de enfermagem preventivos devem ser iniciados no momento em que se detecta o risco e de acordo com a pontuação observada, as estratégias levam em conta a condição da pessoa, sua patologia de base, estado nutricional, idade, tempo de imobilidade, fatores de risco presentes e recursos disponíveis na instituição hospitalar em que se encontra no momento.

A escala de Norton também disponível para predição de risco, foi uma das primeiras a serem utilizadas pelos enfermeiros para avaliar e prever o risco do cliente desenvolver as úlceras por pressão. Ela foi criada nos anos 60 com o intuito de colaborar com a prevenção das úlceras por pressão e servir de guia para implementação do acompanhamento e tratamento dessas lesões (Anexo 3).

A escala é composta por cinco fatores de risco: condição física, estado mental, exercícios, mobilidade e incontinência. Cada fator de risco é classificado em níveis e cada nível é pontuado numa escala de 1 a 4, com as respectivas definições. O total dos cinco níveis produz escores que podem variar de 5 a 20, com um escore reduzido indicando um alto risco. Norton investigou e detectou relação entre a pontuação dos pacientes e a incidência das úlceras por pressão (SILVA, 1998).

A escala de Norton não contempla os aspectos fricção e cisalhamento, como na escala de Braden, mas abordam tópicos importantes especialmente da pessoa idosa, como a incontinência e o estado mental.

A escala de Gosnell formulada pelo autor que leva o nome da mesma, em 1973 foi uma adaptação da escala de Norton com o acréscimo do estado nutricional e retirada da condição física. Ela também é composta de cinco fatores de risco: estado mental, continência, mobilidade, atividade e estado nutricional, com os respectivos conceitos para cada um. Um diferencial para a escala de Gordon é que Gosnell investigou condições associadas à ocorrência das úlceras por pressão como temperatura, pressão arterial, aspecto da pele, medicamentos utilizados, cor e diagnóstico, apesar de não terem sido incluídas na pontuação (SILVA, 1998) (Anexo 3).

Considera-se que o fator nutrição é muito importante, mas a condição física é essencial por demonstrar a situação do cliente, estado geral e clínico, que influenciam diretamente sobre o aparecimento das úlceras por pressão.

A escala de Waterlow não é muito utilizada nos Estados Unidos e Brasil, mas é bastante conhecida em hospitais do Reino Unido. O cartão de pontuação de Waterlow detém mais fatores de risco do que as escalas anteriores como, por exemplo: medidas antropométricas, continência, áreas cutâneas visíveis de risco/ tipo de pele, sexo/idade, mobilidade, apetite, perfusão tecidual, problemas neurológicos, cirurgias de grande porte e medicamentos. As pontuações são consideradas como de médio risco com pontuação maior que 10 e alto risco com pontuação maior que 15 (SILVA, 1998) (Anexo3).

As escalas são necessárias e devem ser compreendidas e conhecidas por todos os profissionais da área de saúde que lidam e acompanham diariamente clientes em risco e hospitalizados, com o objetivo de avaliá-los constantemente e implementar uma assistência completa.

④ Prevalência das úlceras por pressão

A prevalência das úlceras por pressão torna-se importante para dimensionar a real dimensão da problemática que esse tipo de lesões ocasiona às pessoas que as adquirem, pelo incômodo relacionado à auto-imagem, custos financeiros, riscos de infecção, tempo gasto no tratamento, grandes períodos de hospitalização e complicações advindas das mesmas. Com o cálculo desse indicador, pode-se vislumbrar a úlcera por pressão e realizar o planejamento, implementação e avaliação da prevenção, e tratamento da lesão.

“A prevalência é um corte transversal com a contagem de número de casos ou do número de pessoas com úlcera de pressão que existe em uma população de pacientes em um momento específico de tempo” (www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.htm).

A prevalência envolve casos novos e antigos, isto é, clientes com úlcera por pressão na admissão e clientes que as adquiriram depois da admissão em alguma instituição.

O cálculo da prevalência realizado nesse estudo foi feito para cada ano separadamente (2003 a 2006), considerando a prevalência na admissão e na hospitalização para efeitos de comparação e análise:

Tabela 15- Distribuição do número de idosos segundo as taxas de prevalência das úlceras por pressão por ano de internação na admissão e hospitalização. HGF- Fortaleza-Ceará, 2003 a 2006.

Ano	Hospitalização				Admissão			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	16	23,2	53	76,8	4	5,8	65	94,2
2004	1	11,1	8	88,9	—	—	9	100,0
2005	32	19,9	129	80,1	9	5,6	152	94,4
2006	13	21,3	48	78,7	2	3,3	59	96,7

A prevalência das úlceras por pressão em idosos hospitalizados em um hospital público terciário de Fortaleza compreendeu os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006, no primeiro semestre. Verifica-se que no ano de 2003 a prevalência foi de 23,2%, ou seja, dos 69 idosos investigados no mesmo ano, 16 desenvolveram úlceras por pressão durante a hospitalização, enquanto que 53 não as adquiriram. Esse dado demonstra que a prevalência nesse ano foi alta, revelando que seria necessário realizar um trabalho intenso de prevenção e monitoramento dos fatores de risco e lesões.

Dentre os 300 idosos selecionados para a pesquisa, nove foram do ano de 2004. Apenas um (11,1%) foi acometido por úlceras de pressão, ainda é considerada uma prevalência significativa, mas observou-se uma redução significativa.

Em 2005, a taxa de prevalência girou em torno de 19,9%, dos 161 idosos hospitalizados, nesse ano, 32 idosos desenvolveram úlcera por pressão, revelando uma alta prevalência no referido ano. Percebeu-se que houve um aumento da ocorrência desse tipo de lesão no hospital referido para o estudo. Esse aumento pode ter acontecido devido a diversas razões, como a falta de uma política de prevenção efetiva na instituição, aumento do número de internações, fatores de risco não monitorados e controlados e o não-conhecimento do tamanho real do problema.

A taxa de prevalência no semestre inicial do ano de 2006 foi de 21,3%, isto é, dos 61 idosos participantes do estudo, 13 foram acometidos por úlceras de pressão. Apesar de uma redução pequena, a prevalência é considerada elevada na

hospitalização. É uma situação que precisa ser revista no intuito de lançar mão de alternativas para o controle da prevalência bem como da incidência (casos novos).

No que diz respeito à prevalência das úlceras por pressão no momento da admissão, ocorre uma taxa reduzida, mas, no ano de 2003, aconteceram quatro casos (5,8%) dos 69 idosos pesquisados, em 2004, não houve nenhum caso dentre os nove idosos, já no ano de 2005 foram nove casos (5,6%) dos 161 idosos e em 2006, apenas dois casos de úlceras por pressão dentre os 61 idosos investigados.

Compreende-se que foram acometidos 15 idosos do total de 300 participantes do estudo durante os quatro anos inclusos no tempo da pesquisa. Ou seja, no momento da admissão na instituição hospitalar em questão, 15 idosos já eram portadores úlceras por pressão, o que denota que esses pacientes já se encontravam em risco de desenvolver mais lesões e complicações advindas das mesmas. Portanto, são clientes que necessitam de uma vigilância mais intensiva e elaboração de um plano de acompanhamento dessas lesões para sua recuperação e prevenção da formação de novas úlceras.

Os estudos de prevalência delineiam o quadro da real situação do problema estudado em um momento e lugares determinados.

A prevalência das úlceras por pressão propõe-se aos seguintes objetivos: definir a população, aplicando passo-a-passo os cálculos ao estudo realizado; conter o número de pessoas com úlceras por pressão e não o número de úlceras por pressão; conter apenas as úlceras por pressão, sem outras feridas e definir os estágios das úlceras por pressão para abranger a avaliação correta (CUDDIGAN, 2001).

Pode-se inferir que o estudo de prevalência torna-se importante na medida em que determina a presença das úlceras por pressão em um dado tempo, ano e local e fornece um indicador de atenção à saúde, especialmente em idosos, norteando o enfermeiro a praticar um cuidado direcionado para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão em pessoas em idade avançada, identificando os fatores de risco, estratégias terapêuticas possíveis e melhorando suas qualidades de vidas.

④.① Presença das úlceras por pressão na admissão e/ou hospitalização

Nesse estudo, considerou-se essencial calcular a existência de úlceras por pressão na admissão, ou seja, no momento da entrada do cliente no hospital para internamento e durante a hospitalização, para demonstração de como o processo de internação influencia diretamente no aparecimento das úlceras por pressão.

Tabela 16- Distribuição do número de idosos segundo a freqüência das úlceras por pressão na admissão e /ou hospitalização. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Hospitalização	Admissão				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	15	100,0	47	16,5	62	20,7
Não	—	—	238	83,5	238	79,3
Total	15	100,0	285	100,0	300	100,0

$$\chi^2 = 60,6; \quad p = 0,0001$$

A presença de úlceras na hospitalização ainda apresenta uma freqüência alta, com 20,7% dos idosos internados. Dos 62 idosos que apresentaram úlceras por pressão na hospitalização, 15 (5%) já exibiam as lesões no momento da admissão e 47 (16,5%) adquiriram-na somente durante a internação.

Os testes estatísticos revelaram que existe associação direta entre a presença das úlceras por pressão na admissão e a presença das úlceras por pressão na hospitalização. O desvio padrão foi $p=0,001$, comprovando a relação estreita entre a ocorrência das lesões na entrada do cliente no hospital e durante a sua permanência na instituição.

As úlceras por pressão prévias são consideradas por vários estudiosos como fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão, especialmente durante o restante da hospitalização. Os pacientes mais expostos a esse risco são os idosos e os gravemente doentes, internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estão mais propensos às lesões devido às alterações

sofridas como sedação intensa, restrição no leito, ventilação mecânica, coma e instabilidade dos sistemas orgânicos (FERNANDES, 2006).

A pele torna-se mais exposta a agressões e outras lesões se já apresentar úlceras por pressão ou outras feridas, porque por alguma razão foi submetida aos fatores de risco para as úlceras por um bom tempo, o que desencadeia uma fragilidade visível, especialmente em pessoas idosas, ocasionando danos maiores ao tecido deixando o paciente mais suscetível à formação de novas úlceras por pressão durante a hospitalização.

A hospitalização geralmente traz inúmeros problemas ao paciente que é internado, especialmente por um tempo prolongado e se estiver em idade avançada, pois a idade exacerba e dificulta a recuperação do mesmo, independente do diagnóstico e motivo da internação.

Lopes (2006) demonstra em um estudo realizado por Brandeis, em 1990, que em 20 mil idosos admitidos em empresas de *home-care* (internação e cuidado domiciliar), 17,4% dos mesmos já estavam acometidos pelas úlceras por pressão no momento da admissão, e estes também apresentavam uma mortalidade 88,1% maior do que os pacientes sem úlceras (www.sbnperj.com.br/boletim).

Com o conhecimento dessa realidade em mãos, os enfermeiros devem atuar no sentido de criar um instrumento de acompanhamento e admissão dos pacientes para detecção precoce de sinais de fatores de risco ou da presença de úlceras, com avaliação do estágio, tipo e quantidade de exsudato, mensurações, sinais de infecção, aspecto do leito da ferida, presença de tecido necrótico, algum tratamento utilizado, fatores desencadeantes e conduta a ser adotada.

As úlceras por pressão podem desenvolver-se em pessoas idosas especificamente dentro de poucas horas ou até minutos. A pressão exercida sobre as proeminências ósseas em pessoas idosas decorre da imobilidade que facilita o rompimento da pele, tornando-a friável e suscetível a lesões (GIARETTA POSSO, 2005).

O enfermeiro deve estar alerta para a qualidade de vida do idoso institucionalizado com sinais da presença da úlcera por pressão, inserido em uma situação clínica de doença. Esses sinais devem ser identificados e acompanhados pelo enfermeiro no intuito de garantir uma assistência eficaz e livre de complicações (GIARETTA POSSO, 2005).

A família deve ser envolvida no processo de prevenção e cuidados ao paciente idoso, recebendo orientação logo no momento da internação tanto quanto aos fatores de risco das úlceras por pressão, como a respeito das estratégias de prevenção e tratamento.

É essencial, portanto, identificar a idade e sexo em que mais ocorreram as úlceras por pressão durante a hospitalização, com o objetivo de agir mais veementemente nessas variáveis.

Tabela 17- Distribuição do número de idosos segundo a presença de úlceras por pressão na hospitalização/admissão e faixa etária com sexo. HGF- Fortaleza- Ceará, 2003 a 2006.

Variáveis	Admissão				Hospitalização			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo								
Masculino	12	7,5	147	92,5	38	23,9	121	76,1
Feminino	3	2,1	138	97,9	24	17,0	117	83,0
	$\chi^2=3,55$; $p=0,060$				$\chi^2=1,76$; $p=0,185$			
Faixa etária								
60-66	4	4,8	79	95,2	20	24,1	63	75,9
67-73	3	4,3	66	95,7	16	23,2	53	76,8
74-80	4	5,5	69	94,5	11	15,1	62	84,9
81-87	2	4,0	48	96,0	7	14,0	43	86,0
88-97	2	8,0	23	92,0	62	20,7	17	68,0
	$\chi^2=0,68$; $p=0,954$				$\chi^2=99,02$; $p=0,001$			

Analisando-se a tabela 17, observou-se que não existiu associação entre a variável sexo e a úlcera por pressão, tanto na admissão ($p=0,060$), bem como na hospitalização ($p=0,815$). Com relação à faixa etária, não se encontrou associação com a úlcera por pressão, apenas na admissão ($p=0,954$). Entretanto, na hospitalização houve maior porcentagem nas faixas de 60 a 73 anos e na de 88 a 97 (aproximadamente 23%), enquanto que na faixa etária de 74 a 87 o percentual foi em torno de 15% ($p=0,0001$).

De uma maneira geral, o número de úlceras por pressão na hospitalização aumentou naquelas que a tiveram na admissão e, por outro lado, dentre os que não

a tiveram nessa admissão, o número diminuiu consideravelmente na hospitalização ($p=0,0001$).

O enfermeiro deve estar atento a esses resultados como forma de possuir dados para atuar diretamente nos fatores que levam ao desenvolvimento das úlceras por pressão, especificamente aqueles que possam ser modificados.

④.②Condutas de prevenção documentadas no prontuário

A prevenção constitui-se uma etapa fundamental para a promoção de saúde em qualquer comunidade que deseja tornar-se saudável, especialmente na população idosa. Nessa fase da vida, os agravos à saúde são mais proeminentes e crônicos pelo fenômeno do envelhecimento e pelas péssimas ou poucas condições de acesso aos serviços de saúde, bem como a falta de moradia, fome, abandono pela família, desemprego e desigualdade social.

Objetiva-se com a prevenção a implementação de medidas que reforcem e estimulem na pessoa a ser cuidada e nos cuidadores (especialmente os profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro) a importância de evitar a doença antes que a mesma se manifeste, impedindo a ocorrência de complicações graves e até óbitos.

Com o intuito de discutir e mostrar como está sendo realizada a prevenção das úlceras por pressão na prática, foram selecionadas as opções de prevenção mais utilizadas pelos enfermeiros e equipe de enfermagem na instituição escolhida para o estudo.

Quadro 3- Distribuição das condutas de prevenção documentadas no prontuário- Fortaleza, Ceará, 2006.

Condutas de prevenção documentadas no prontuário	Nº	%
Ausência de conduta	258	86
Mudança de decúbito	37	12,3
Massagem de conforto	18	6,0
Higiene corporal	7	2,3
Curativo – filme transparente	4	1,3
Troca de roupas de cama	3	1,0
Colchão d'água	1	0,3
Lubrificação da pele com AGE (ácidos graxos essenciais)	2	0,6
Colchão piramidal	1	0,3

Pode-se inferir que dentre as medidas de prevenção conhecidas e adotadas pelos enfermeiros e equipe de enfermagem as mais relatadas e registradas nos prontuários foram a mudança de decúbito, encontrada em 37 dos mesmos, a massagem de conforto que foi documentada em 18 dos 300 pacientes investigados, a higiene corporal, detectada em sete pacientes, o filme transparente que estava presente em quatro prontuários e a troca das roupas de cama em três pacientes. As condutas menos usadas foram implementadas em apenas um paciente, como o colchão d'água, colchão piramidal e dois na lubrificação da pele com AGE (ácidos graxos essenciais).

Um resultado bastante relevante foi a ausência de medidas de prevenção descoberta em 258 dos 300 pacientes inseridos nesse estudo. Esses dados demonstram a pouca preocupação com a prevenção das úlceras por pressão em pessoas idosas hospitalizadas. Esse fato aponta várias causas: desconhecimento sobre a prevenção das úlceras por pressão e sua fisiopatologia, quantitativo reduzido de profissionais, pouco tempo dedicado na assistência direta ao paciente,

falta de educação continuada ou de treinamentos da equipe de enfermagem que focalizem o problema, dentre outras.

Sabe-se que a prevenção das úlceras por pressão resulta de uma interação em conjunto de uma equipe multidisciplinar no intuito de implementar as estratégias necessárias para enfrentar o problema. No entanto, não se deve deixar de salientar o papel relevante do enfermeiro e equipe de enfermagem, no sentido de que seus cuidados influenciam diretamente no eixo central do desenvolvimento das úlceras por pressão através de ações como: acompanhamento restrito na manutenção da integridade cutânea, cremes hidratantes e umectantes, uso de técnicas atualizadas e corretas na higiene da pele, mobilização e reposicionamento do paciente, indicação do colchão adequado, monitorização da ingestão nutricional e hídrica, dentre algumas outras (ANSELM, PEDUZZI, 2003).

Denota-se que a utilização de variadas medidas de prevenção discutidas anteriormente não foram devidamente utilizadas pelos enfermeiros e equipe de enfermagem que registraram seus cuidados nos prontuários estudados. Em apenas 12,3% dos prontuários investigados, os profissionais registraram a mudança de decúbito como uma estratégia utilizada em pacientes idosos, de risco para prevenção das lesões.

A mudança de decúbito ou reposicionamento não exige nenhum material de alto custo ou de difícil acesso; é uma técnica que mobiliza o paciente que está temporariamente ou permanentemente incapaz de realizar algum movimento ou atividade. Serão necessários materiais como almofadas, travesseiros, rolos de espuma ou esponja e lençóis. O profissional fisioterapeuta pode ser consultado acerca da melhor forma de posicionar o cliente, aproveitando alguma parte do corpo que possa mover-se sem auxílio (KRASNER, RODEHEAVER, SIBBALD, 2001).

Apesar de poucas dificuldades em implementar a mudança de posição pelo menos de 2/2 horas, como recomendada pela NPUAP, observa-se que está sendo pouco praticada pelos profissionais de enfermagem, o que coloca em risco o paciente internado nas instituições hospitalares, especialmente os idosos que estão mais expostos à ocorrência dessas lesões.

Outras intervenções citadas na pesquisa foram a massagem de conforto, higiene corporal, curativo (filme transparente), troca de roupas de cama, colchão d'água, lubrificação da pele com AGE, colchão piramidal. Esse conjunto de ações podem ser utilizadas de forma associada, após uma avaliação completa do cliente e

predição do risco para desenvolver a úlcera por pressão, através das escalas existentes atualmente.

De acordo com Van Rijswijk e Lyder (2005) as superfícies de suporte são classificadas em grupos e podem ser utilizadas para proteção dos pacientes de acordo com o risco ou estágio da úlcera já instalada. O grupo 1 contempla dispositivos estáticos com ar, gel, espuma e coberturas ou colchões com água; esses dispositivos geralmente são utilizados em clientes com pouco ou moderado risco para ter uma úlcera por pressão estágio 1; o grupo 2 possui dispositivos dinâmicos, coberturas ou colchões poderosos e são utilizados para pessoas e pacientes com moderado a alto risco para desenvolver úlceras; o grupo 3 é formado por superfícies dinâmicas com camas ou colchões com ar fluido e estes dispositivos são utilizados em clientes com possibilidade de adquirir úlceras estágio 3 ou 4.

O posicionamento deve seguir horários determinados, mas não rígidos. Se possível, o paciente deve ser reposicionado onde não existam áreas já com alguns sinais de pressão como hiperemia não reativa. Podem ser utilizadas espumas e almofadas na mudança de decúbito. O déficit nutricional e o hídrico devem ser corrigidos em pessoas idosas hospitalizadas, pois são considerados fatores de risco para ocorrência das úlceras. Pessoas idosas necessitam de nutrientes diários, especialmente proteínas quando já acometidos pelas úlceras por pressão. As calorias e nutrientes devem ser acompanhados diariamente, pois um organismo carente de vitaminas, proteínas, água e ingestão adequada de alimentos, aliado a outros fatores de risco, torna-se vulnerável às lesões de pele. A exposição da pele à umidade é outro fator a ser amenizado. A incontinência fecal e a urinária deixam a pele constantemente úmida, causando maceração e facilidade de rompimento da integridade cutânea, bem como contaminação por bactérias. Alguns cuidados podem ser adotados como a reeducação intestinal, limpeza e higiene da pele com sabões com pH neutro, uso de cremes com barreiras para umidade, uso de fraldas ou dispositivos absorventes, pode-se também considerar a possibilidade de utilização de bolsas coletoras de urina ou fezes e cateteres para prevenção da contaminação das úlceras por pressão. (VAN RIJSWIJK, LYDER, 2005)

Diante do exposto, verifica-se a necessidade da criação de um plano de prevenção que se baseie em estimativas de prevalência e fatores de risco relacionados às úlceras por pressão, e que sejam avaliados frequentemente pelos

enfermeiros no sentido de melhorar ou adequar as estratégias de acordo com a patologia e realidade de cada paciente e instituição.

④.③ Condutas de tratamento documentadas no prontuário

O tratamento das úlceras por pressão deve ser introduzido no instante em que a lesão é detectada pelo enfermeiro em seu estágio inicial (estágio 1), quando são observados sinais como hiperemia que não desaparece à pressão da pele, edema, ausência de lesão de continuidade da pele. Com a presença desses primeiros sinais, o enfermeiro deve proceder a uma avaliação mais específica, utilizar uma escala de predição de risco para poder escolher a melhor conduta de acordo com a ferida.

Pode-se verificar no quadro abaixo, que as condutas de tratamento são diversas, precisam ser conhecidas e selecionadas de acordo com o aspecto da lesão e normas da instituição:

Quadro 4- Distribuição das condutas de tratamento documentadas no prontuário- Fortaleza, Ceará, 2006

Condutas de tratamento documentadas no prontuário	Nº	%
Pacientes sem lesões	228	76
Curativo (sem especificação do tipo)	17	5,6
Curativo com colagenase	12	4,0
Ausência de condutas documentadas no prontuário	9	3,0
Curativo hidrocolóide	9	3,0
Curativo com AGE	6	2,0
Desbridamento cirúrgico	4	1,3
Curativo com alginato de cálcio	4	1,3
Curativo com hidrogel	4	1,3
Curativo com filme transparente	2	0,6
Curativo com carvão ativado	1	0,3

Observa-se, de acordo com os resultados apresentados anteriormente, que dentre os pacientes acompanhados e com presença de lesão por úlcera por pressão, totalizando 72 idosos acometidos pela ferida, 17(5,6%) foram tratados com curativos sem especificação descrita nas evoluções e anotações de enfermagem no prontuário; as úlceras por pressão de 12 (4%) dos pacientes foram tratadas com curativo com a pomada enzimática colagenase; 4(1,3%) dos prontuários utilizados na pesquisa registraram como tratamento para úlcera o curativo com alginato de cálcio e desbridamento cirúrgico com igual percentagem e quantidade para ambos; 6(2,0%) utilizaram como terapêutica no curativo com AGE; dois (0,6%) idosos atendidos com úlceras foram tratados com a cobertura de filme transparente. Ainda dentre os pacientes com úlcera por pressão detectados nesse estudo, um (0,3%) foi tratado com curativo à base de carvão ativado, quatro (1,3%) utilizou como terapêutica o curativo com hidrogel, nove (3%) clientes foram tratados com hidrocolóide e nove (3%) não apresentaram nenhuma conduta documentada no prontuário com relação ao tratamento das úlceras por pressão.

Rocha, Miranda e Andrade (2005) concordam que o tratamento das úlceras por pressão deve abranger condutas de baixo risco e custos reduzidos através do conhecimento profundo dos materiais e recursos disponíveis atualmente, baseados em uma avaliação e inspeção diárias, bem como um registro semanal fidedigno das principais características da lesão: dimensão, exsudato, tipo de tecido presente, fase e tipo de cicatrização. A abordagem dependerá dessa avaliação e incluirá curativos, coberturas, desbridamento, se necessário, limpeza e tratamento da infecção, se houver.

Os resultados revelam o pouco conhecimento do profissional de enfermagem frente ao tratamento e prevenção das úlceras por pressão, como se constata no quadro anterior. Dos 72 idosos que adquiriram a lesão, ou seja, 24% do total, apenas 4% foram tratados com curativos de algum tipo, sem nenhuma especificação. Essa situação demonstra que há pouco preparo do profissional enfermeiro na condução e seleção da terapêutica, registro, acompanhamento, conhecimento das características e fatores de risco das úlceras para os pacientes idosos e as consequências dessa frágil assistência.

Rocha, Miranda e Andrade elaboraram um quadro simples com indicações e tipos de coberturas de acordo com as características das lesões, que se encontra no final deste trabalho, no anexo. Nesse quadro, verifica-se a real necessidade de implementação de condutas e tratamentos em comum acordo com a situação clínica e avaliação completa do cliente.

A avaliação do estagiamento da lesão é uma fase primordial para a escolha do tipo de curativo e conduta a ser seguida. Helberg *et al* (2006) descrevem que o tratamento das úlceras por pressão estágio 1 envolve a lubrificação da pele seca e redução da umidade com uso de agentes tópicos de barreira, as de estágio 2 a 4 abrangem o desbridamento do tecido necrótico, proporcionando a cicatrização úmida, este pode ser mecânico, enzimático ou autolítico. As recomendações com relação à infecção da lesão é a utilização de antibióticos sistêmicos para alguns tipos de bactérias.

As intervenções relativas ao tratamento da úlcera por pressão devem incluir todas as possibilidades de terapêutica atuais e equipe multiprofissional trabalhando juntos em benefício do paciente. Modificar a realidade apresentada nos resultados discutidos nesse trabalho depende do conhecimento, envolvimento e seleção do produto correto para o tipo de lesão encontrada.

A assistência de enfermagem e o tratamento podem incluir aspectos como desbridamento, curativos, agentes tópicos, controle da infecção, plano de tratamento e registro. Irion (2005) descreve as características da úlcera por pressão, bem como o tipo de curativo de funções que cada um desempenha na recuperação da ferida.

Tabela18. Mapa de decisão sobre os curativos com base nas características da ferida

Tipo	Características	Objetivos	Curativos
Seca, superficial	Formação de casca	umedecer	Hidrogel+filme transparente
Úmida, superficial	inflamação crônica	absorver secreção	Hidrocolóide+espuma
Seca, profunda	enduração eritema da pele ao redor	preencher	Hidrogel+filme transparente
		Espaço morto	
Úmida,profunda	muita secreção,maceração da pele circundante	absorver secreção	Hidrofibra, alginato, hidrocolóide
Profunda,infetada	odor, secreção,tecido necrosado	remover tecido necrosado,	desbridamento cirúrgico
Coberta com crostras	tecido enegrecido, amarelada	remover crostra	desbridamento cirúrgico Desbridamento químico
Profunda, coberta	odor leve	remover tecido	desbridamento cirúrgico
com tecido necrótico		necrosado	com desbridamento químico

Fonte: Irion, 2005.

O tratamento das úlceras por pressão deve ser embasado também no estado clínico do paciente, idade, tipo de patologia, exames realizados e seus resultados, alimentação, estado geral e nível de consciência, aspectos estes que poderão influenciar diretamente no sucesso e reabilitação da ferida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusões

Os objetivos propostos pela pesquisa vieram ao encontro da necessidade da construção de novos conhecimentos relacionados à temática das úlceras por pressão, bem como da constituição do perfil do idoso hospitalizado acometido por esse tipo de lesão que configura uma ferida de pele.

Baseado na amostra estudada pôde-se tirar as seguintes conclusões:

* As variáveis demográficas revelaram que o sexo masculino (53%) prevaleceu, com idade variando de 60 a 97 anos e média de 73 anos;

* Dentre os fatores de risco considerados, as patologias mais prevalentes foram a hipertensão arterial (74,3%), acidente vascular cerebral (60%), outras doenças como hepatopatias, paraplegias, hemorragias cerebrais, doenças osteomusculares (39,6%) e diabetes mellitus (25,6%). Os vícios mais presentes foram o tabagismo (9%) e o etilismo (3,3%) e 33,3% dos idosos investigados realizaram cirurgias, comprovadamente, um fator predisponente para o desenvolvimento das úlceras por pressão;

*Os medicamentos que mais contribuíram para a ocorrência das úlceras foram os antiinflamatórios, diuréticos, anticolinérgicos, vasopressores, broncodilatadores (20,7%), os antibióticos (12,3%), psicotrópicos (11%), insulina e hipoglicemiantes orais (10,7%);

*As amputações estiveram presentes em 6% dos idosos e as lesões cutâneas prévias em 48,7% dos mesmos, revelando que esses fatores podem estar relacionados com o desenvolvimento das úlceras por pressão;

*Outros fatores de risco que contribuíram para a formação das úlceras foram as patologias crônico-degenerativas (20%), imobilização no leito (15%),

estado nutricional deficitário (14,6%), pressão (14,3%), valores laboratoriais anormais (14%) e incontinência fecal e urinária (7%);

*A ocorrência das úlceras por pressão esteve associada ao número de dias de internação, em que 12,3% dos idosos com 1 a 10 dias de hospitalização, 4,3% com 11 a 20 dias e 3,6% com 21 dias de hospitalização adquiriram as lesões;

*Com relação à associação dos fatores úlceras por pressão na admissão e úlceras por pressão na hospitalização, ficou demonstrado que 100% dos idosos admitidos com a lesão permaneceram com as mesmas durante a hospitalização, revelando, de acordo com o teste de probabilidade $p=0,0001$, que existe correlação direta entre o aparecimento das úlceras por pressão na internação com aqueles que já tinham a lesão;

*As condutas de prevenção incluíram a mudança de decúbito (12,3%), massagem de conforto (6%), higiene corporal (2,3%) e a ausência de condutas registradas no prontuário (86%), demonstrando que as mesmas foram as mais utilizadas pelos profissionais de saúde da instituição pesquisada;

*As condutas de tratamento mais destacadas foram o curativo sem especificação de tipo (5,6%), curativo com collagenase (4%), curativo hidrocolóide (3%) e curativos com alginato de cálcio, ácidos graxos essenciais e com hidrogel (1,3%);

*A prevalência revelada nesse estudo foi elevada nos anos de 2003 a 2006 durante a hospitalização e a admissão, respectivamente: 2003 (23,2%), 2004 (11,1%), 2005 (19,9%), 2006 (21,3%) e 2003 (5,8%), 2004 (zero), 2005 (5,6%) e 2006 (3,3%);

A prevalência demonstrou ser um recurso útil e prático no delineamento da situação dos pacientes com úlceras por pressão, neste caso, dos idosos na instituição selecionada para o estudo nos últimos quatro anos, por ser um instrumento que permite calcular a ocorrência das lesões em determinado período

de tempo e lugar e fornecer ferramentas para a implementação dos cuidados de enfermagem.

A implementação dos cuidados de enfermagem ao idoso hospitalizado com úlcera por pressão inclui aspectos relacionados ao conhecimento da pele, sua anatomia e fisiologia, de estomaterapia, tipos de tratamento, coberturas, avaliação da ferida, exames laboratoriais, doença de base, estado nutricional, emocional, psicológico do cliente e ao processo de enfermagem propriamente dito. Esses conceitos devem ser revistos e adotados pelos enfermeiros que acompanham e cuidam dessa clientela, conceitos relacionados ao envelhecimento, como cada profissional encara esse processo vital, como gostaria de ser tratado quando envelhecer, as limitações, medos, necessidades, prioridades e sentimentos. Dessa forma, estaria mais próximo de atender os desejos do paciente que está assistindo.

O fenômeno do envelhecimento traz consigo dificuldades e desafios a serem superados por cada ser humano, pois implica mudanças corporais, no estilo de vida, nas atividades da vida diária e convivência com doenças e algumas limitações. A pele é um dos órgãos que mais sofrem com o envelhecimento, perde umidade, elasticidade, ou seja, perde com o passar dos anos a proteção natural contra agressões externas como as feridas e traumatismos. Por essas razões os idosos estão mais expostos do que a maioria das pessoas mais jovens ao desenvolvimento de lesões como as úlceras por pressão, aliado ao fato de também estarem expostos a alguns fatores de risco relacionados às úlceras.

O perfil epidemiológico do idoso destacado por esse estudo foi em sua maioria do sexo masculino, casado, numa faixa etária mais avançada, analfabeto e com alto risco para desenvolver as úlceras por pressão. Observa-se a importância de um programa de prevenção eficaz que aborde todos os aspectos já comentados nesse trabalho, não somente relacionados à ferida, mas, ao portador da mesma. A prevenção é um meio pelo qual se pode evitar que doenças se desenvolvam. Envolve interesse de cada profissional, estudo, dedicação e participação de todos que trabalham na instituição em prol do bem-estar do paciente.

A hospitalização desliga o ser humano de tudo de familiar e amado que o cerca e o lança em um mundo desconhecido de patologias, profissionais de saúde, procedimentos invasivos e exposição de todas as partes do seu corpo sem seu consentimento. Além da fragilidade emocional em que se encontra, ocorre a possibilidade de complicações associadas à internação que antes não existiam.

O enfermeiro deve estar preparado para prever as possíveis complicações que possam surgir advindas da hospitalização do idoso, com a utilização da prevenção e tratamento aliados aos outros membros da equipe multiprofissional e de enfermagem, com o intuito de minimizar os efeitos nocivos da internação prolongada. Essas estratégias não devem fazer parte somente do seu discurso, mas de sua prática diária dentro dos hospitais, clínicas, *home-care* e salas e aula. Ele deve estar pronto para as mudanças e inovações tecnológicas, críticas, barreiras e desafios que com certeza irá enfrentar ao fazer o que é certo.

Foi constatado que ainda existe uma diferença entre a prática e a teoria, entre o que se diz e o que realmente se faz. Apesar de haver alguns enfermeiros pesquisadores, muitos ainda estão nas universidades. O enfermeiro que atua na prática deve estar mais atento às novas pesquisas, participar e desenvolver estudos relativos ao cuidado de pessoas com úlceras por pressão, assistência de enfermagem aos idosos hospitalizados e a adoção de novas posturas diante dessa problemática.

Estudos como este tem o objetivo de se não modificar a realidade que está aí, mas pelo menos indicar caminhos, soluções, lançar idéias e chamar a atenção dos profissionais de saúde, das autoridades e dirigentes das instituições hospitalares para a problemática das úlceras por pressão. Não se tem aqui o objetivo de criticar ou apontar erros, mas de trazer a realidade das pessoas idosas hospitalizadas e o que pode ser feito por elas.

Acredita-se que apesar da elevada taxa de prevalência das úlceras por pressão na instituição estudada, seja possível melhorar essa realidade, mesmo com a presença de variados fatores de risco que o idoso apresenta. É importante o olhar mais crítico diante da gravidade do problema e coragem para determinar medidas e

ações para minimizá-lo, pela equipe de saúde e pela instituição, peças-chave para essas mudanças.

Recomendações

Algumas recomendações são essenciais para a prevenção e acompanhamento dos idosos hospitalizados com úlceras por pressão:

- *Elaboração de um programa de prevenção das úlceras por pressão que inclua medidas higiênico-dietéticas, reposicionamentos, utilização de superfícies de suporte à pressão, colchões, coberturas protetoras (películas e óleos), curativos e antibióticos, se necessário direcionados aos profissionais de saúde, familiares e pacientes;

- *Desenvolvimento de pesquisas relacionadas à prevalência e incidência das úlceras por pressão nas instituições hospitalares, com o intuito de conhecer melhor a realidade do local;

- *Dispor de profissionais enfermeiros especialistas em feridas (estomaterapeutas) com a finalidade de implementar e elaborar protocolos de assistência e avaliação do portador de feridas;

- *Utilizar escalas de predição de risco para desenvolvimento das úlceras por pressão, que pode ser a de Braden, ou outra mais adequada à realidade da instituição;

- *Capacitar os profissionais de saúde através da Educação Continuada para identificar, descrever e registrar as úlceras por pressão e seu estagiamento.

As recomendações vão ao encontro do que foi discutido no estudo, baseados nos resultados obtidos e evidências científicas. A partir de agora, resta-nos estimular nos enfermeiros da instituição o desejo de implementar e levar adiante as recomendações anteriores.

REFERÊNCIAS

ANSELMÍ, M.L. PEDUZZI, M; JÚNIOR, I.F. Estudo da incidência de úlcera por pressão, segundo cuidado de enfermagem. **Formação**. v.3,n.7, jan/abr. 2003.

AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY (AHCRC). Preventing pressure ulcers: a patient's guide. Consumer Guideline number 3, May 1992. Disponível em: www.ahrq.gov/consumer/. Acesso em: 24/07/06.

ALVES, L.C., RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. v. 17, n. 5-6, Maio/Junho 2005.

AYELLO, E.A., BRADEN, B. Why is pressure ulcer risk assessment so important? **Nursing**. nov.2001. Disponível em <http://www.findarticles.com/p/articles>. Acesso em: 04/11/06.

BAJAY, H. M., JORGE, S. A., DANTAS, S. R. P. E. Técnicas Básicas para a Realização de Curativos no âmbito hospitalar. In: JORGE, S. A., DANTAS, S.R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.69-79.

BERGSTRON, N et al. The Braden Scale for predicting pressure score risk. **Nursing Research**. v.36, n.4, p.205-210, 1987.

BISPO, N. de N. da C. et al. Incidência de úlceras por pressão em residentes de uma instituição de longa permanência. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**. Londrina, v.4, n.1, p.45-48, out.2002.

BLANES, L, DUARTE, I. da S., CALIL, J.A. FERREIRA, L.M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Revis. Assoc. Med. Bras.**, vol.50, n.2, São Paulo, Abril/Jan. 2004.

BLÜMEL M, J. E, G^a,T, K., MARIA, C.S., FRANCISCA, G.S., SARRÁ C,S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión em población femenina. **Rev. Méd. Chile**, v.132, n.5, Santiago, mayo 2004.

BOGGIANO, J.A. Cuidados de enfermagem em las ulceras por presión. Disponível em: [http://> www.acetia.org.br/arr/evistas.htm](http://www.acetia.org.br/arr/evistas.htm). Acesso em: 26/06/06

BOMFIM, E., BOMFIM, G. **Guia de medicamentos em enfermagem**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2006, p.1-196.

BORGES, E. Limpeza e desbridamento. In: BORGES, E. L., SAAR, S. R. da C., LIMA, V. L. de A. N., GOMES, F.S. L., MAGALHÃES, M. B. B. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p.77-95.

BOURS, G. J. J. W., DE LAAT E., HALFENS R. J. G., LUBBERS M. J., Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. **Intensive Care Med**. 2001, 27: 1599–1605.

BRADEN, B. J., BERGSTRON, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Nursing Research**, v.12, n.1, p.8-12, 1987.

BRADEN, B.J., BERGSTROM N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. **Research in Nursing and Health**. v.17, 459–470, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Terceira Idade-Dados Estatísticos sobre idosos. **Programa de Saúde do Idoso**,2002.

BRASIL, SENADO FEDERAL, Comissão Diretora. Estatuto do Idoso **Parecer nº. 1301/2003**. Disponível em: [http://> www.senado.gov.br/relatorios-pdf](http://www.senado.gov.br/relatorios-pdf). Acesso em: 20/09/05.

BRYANT, R.A. **Acute & Chronic Wounds Nursing Management**. 2 ed. United States of America: Mosby, 2000.

CAETANO, N. **Guia de remédios**. São Paulo: Escala, 2003. p.1-636.

CARDOSO, M.C.de S., CALIRI, M.H., HASS, V.J. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um Hospital Universitário. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**. v.8, n.2, p.316-320, abr/jun 2004.

CARVALHO, J. A., GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. de Saúde Pública**. v.19, n.3, Rio de Janeiro, jun.2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**. v.31, n.2, São Paulo. Abr. 1997.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. 2003, p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CUDDIGAN, J., BERLOWITZ, D.R., AYELLO, E.A. Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future. **Advances in Skin & Wound Care**. Jul/Aug 2001.

CUMMINGS, S.R.; HULLEY, S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ªed. São Paulo: Artmed, 2001.

DAVIDSON, J.M. Growth factors in wound healing. **Wounds** 7. (suppl.A): 53-64, 1995.

DIANTEIRO, J. A Review of skin and the effects of Aging and function. **Ostomy Wound Management**. v.52, n.9, p.24-35, september 2006.

_____ Epidemiologia: **Dados epidemiológicos recolhidos de diferentes autores**. Disponível em: [http://> www.ulceras.net/úlceras_netEPI.mht](http://www.ulceras.net/úlceras_netEPI.mht). Acesso em: 20/07/06.

_____ Definição. Disponível em: [http://>www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.htm](http://www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.htm)<. Aceso em: 22/11/06.

FERNANDES, L.M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva**. 2006, 232 p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FERNÁNDEZ, R.D. et al. Manual de Prevención e Tratamento de úlceras por Presión. Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade. **Servizo Galego de Saúde. División de Assistència Sanitária**. Santiago de Compostela, 2005.

FIGUEIREDO, N.M. A. SANTOS, I. Introduzindo a enfermagem clínica no ambiente terapêutico hospitalar. In: SANTOS, I. et al. (org). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.p.3-20.

FRANCELIA, C.U., NIDIA, U.C. Perfil de risco para el desarrollo de úlceras por presión em pacientes adultos hospitalizados. **Rev. Enferm. IMSS**, v.13, n.3, p.147-152, 2005.

FUENTES, J.R.D. Cuidados de Enfermería em las Úlceras por Presión. Disponível em: [http://> www.terra.es/personal/duenas](http://www.terra.es/personal/duenas). Acesso em: 28/10/06.

GAMBA, M.A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo de caso-controle. **Rev. Saúde Pública**. v.38, n.3, p.399-404, 2004.

GIARETTA, V. M. de A., POSSO, M.B.S. Úlceras por pressão: determinação do tempo médio de sinais iniciais em idosos sadios na posição supina em colchão hospitalar com densidade 28. **Arq. Méd. ABC.** v.30, n.1, p.39-43, 2005.

_____. Guia de cuidados enfermeros del INSALUD. **Madri,1996.** Disponível em: [http://> www.ulceras.net/index.php<](http://www.ulceras.net/index.php) Acesso em: 20/06/06.

GOODE, P.S., ALLMAN, RM. Úlceras de pressão. In: CALKINS, E, FORD, A.B., KATZ, P.R. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.654-664.

GOGIA, P. P. **Feridas: Tratamento e Cicatrização.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003, 192 p.

GOLDSTONE, L.A., GOLDSTONE, J. The Norton score: an early warning of pressure sores? **Journal of Advanced Nursing**, v.7, 1982, p.419-426.

GRUPO NACIONAL PARA O ESTUDO E ACESSORAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN E FERIDAS CRÔNICAS (GNEAUPP). Directrices generalis sobre prevención de las ulceras por presión,2003. Disponível em: <http://>www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevencion<> Acesso em: 23/07/06.

GRUPO NACIONAL PARA O ESTUDO E ACESSORAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN E FERIDAS CRÔNICAS). Directrices para elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las ulceras por presión. Disponível em: http://>www.gneaupp.org.br/documentos/gneaupp/epidemiologia_upp<<. Acesso em:22/06/06.

HELBERG, D., MILIÁMPERE, R.N., MERTENS, E., HALFENS, R.J.G., DASSEN, T. Treatment of Pressure Ulcers: results of a study comparing evidence and practice. **Ostomy Wound Management.** v.52, n.8, p.60-72, Aug 2006.

HESS, C.T. Fundamental strategies for skin care. **Ostomy Wound Management.** v.43, n.8, p.32-40, 1997.

HESS, C.T. **Tratamento de Feridas e úlceras**. 4ªed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

IRION, G. **Feridas Novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

INSTITUTE CATALÁ DE LA SALUT. Subdivisión de Atención Primaria. **Barcelona, Protocolo de upp. 1995**. Disponível em: www.ulceras.net/index.php. Acesso em: 20/06/06.

KELLER B.P.J.A., WILLE J., RAMSHORST B.V., WERKEN C.V.D. Pressure Ulcers in Intensive Care Patients: A review of risks and prevention. **Intensive Care Med**. 2002 Sep; 28: 1379-1388.

KRASNER, D., SIBBALD, G., RODEHEAVER, G.T. **Chronic Wound Care: A Clinical Soucebook for Wound Care Professionals**. 3ed, Wayne, PA: HMP Communications, 2001.

KRASNER, Dom; CUZZEL, J. Úlceras por pressão. In: GOGIA, P. **Feridas: Tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p.69-78.

LANGEMO, D.; ANDERSON, J; VOLDEN, C.M. Nursing quality outcome indicators. The North Dakota Study. **The Journal of Nursing Administration**. v.32, n.2, p.98-105, feb.2002.

LÁZARO, Y, ACEBRÓN, D. J, LÓPEZ, L. L., OCTAVIO, M. Á. M., VÁZQUEZ, M.M., FLORES, R. T. Guia de Cuidados Enfermeros de Heridas Crônicas. **Hospital Universitario Príncipe de Astúrias, Salud Madrid**, Diciembre 2005.

LOBIONDO-WOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001,330p.

LEBRÃO M.L., LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev. Bras Epidemiol**. 2005, v.8, p.127-41.

LOPES, N.L.A. Boletim. 2006. Disponível em: [http://> www.sbnperj.com.br/boletim](http://www.sbnperj.com.br/boletim). Acesso em:11/11/06.

MAKLEBUST, J.; SIEGREEN, M. **Pressure ulcers**: guidelines for prevention and nursing management. 2.ed. Springhouse, 1996.

MINELLI, L. et al. Diabetes Mellitus e afecções cutâneas. **An. Bras. Dermatol**, v.78, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez. 2003.

MAKLABUST, J.; SIEGREEN, M. **Pressure ulcer** – Guidelines for prevention and Nursing Management- 2^a ed, 1996.

MARRIE, R. A., ROSS, J.B., ROCKWOOD, K. Pressure Ulcers: Prevalence, Staging, and Assessment of Risk. **Geriatrics Today**. n.6, 134-40. 2003.

NOGUEIRA, P.C., CALIRI, M.H., BASTOS, C. B. dos. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera por pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35. 14-23, jan./mar.2002.

ORIÁ, R.B. *et al.* Estudo das alterações relacionadas com a idade da pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. **Anais Bras. Dermatologia**. v.78,n.4, Rio de Janeiro, jul/ago 2003.

PARANHOS, W. Y. Úlceras de Pressão. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. (Org.). **Abordagem Multidisciplinar do Tratamento de feridas**. 1^a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 287-298.

PEREIRA, R.S., CURIONI, C.C., VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Tex. Envelhec**, 2003, n.1, p.43-59.

PETROLINO, H.M.B.S. **Úlcera de pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva: incidência, avaliação de risco e medidas de prevenção.** 2002.118p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RABEH, S.A. N., CALIRI, M.H. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: práticas de graduandos de enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem.** v.21, n.2, p.133-39, 2002.

RAMOS, C.Q.Capitulo20: Prevención y cuidados de ulceras por presión. **2006.** Disponível em: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo20/capitulo20.htm>. Acesso em: 04/06/06.

ROCHA, J.A., MIRANDA, M.J. ANDRADE, M.J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão- Intervenções baseadas na evidência. **Acta Méd. Port.** v.19, p.29-38,2006.

RODRIGUES, D., NUNO, F. **Larousse Escolar da Língua Portuguesa.** São Paulo: Larousse do Brasil, 2004

RODRÍGUEZ, M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente com upp. **Guia de prevención y tratamiento.** Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004. Disponível em: [http://> www.ulceras.net/index.php](http://www.ulceras.net/index.php). Acesso em: 20/06/06.

ROGENSKY, N. M.; SANTOS, V.L.C. de G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-Am. Enfermagem.** v.13, n.4, Ribeirão Preto jul/ago. 2005.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.de A. **Epidemiologia & Saúde.** 6ªed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SAMPAIO, S.A.P. RIVITTI, E.A. **Dermatologia,** 2ªed. Artes Médicas,p.3-17,2001.

SANTOS, V.L.C. de G. Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas e Algumas Aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y.A. de O, DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar Um Enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005, p.265-306.

SHANON, M.L. **Pressure sore**. In: NORRIS, C.M. Concept clarification in nursing. London, ASPEN, 1982, cap.22, p.357-382.

SILVA, M. do S. M. L. **Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados**. 1998. 89p. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

SILVESTRE, C., DOMENCH, L., ELIZONDO, A. ERRO, J.I., ESPARZA, C., MERINO A., BERMEJO, B. Evolución de la prevalência de úlceras por presión em el Hospital de Navarra. **Enfermería**. 1999, p.1-5.

SIMMONS, LW. HENDERSON, V. **Nursing research a survey**. New York, Applenton-Century Crofts, 1964. p.461

SMELTZER, S.C., BARE, B.G. Traumatismos de Pacientes com Traumatismo Musculoesquelético. In:_____ **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.4, 10ed, 2006, p.2195-2233.

SPENCER, A.P. **Anatomia Humana Básica**, 2ªed. São Paulo: Manole Ltda, 1991, p.77-93.

STOTS, N. A. Risk of pressure ulcer development insurgical patients: A review of the literature. **Advances in Wound Care**. April 1999.

TORRES, P. A. et al. Protocolo de cuidados em úlceras por presión.**Hospital Universitario Reina Sofia – Cordoba**. Disponível em: [http://>www.ulceras.net](http://www.ulceras.net). Acesso em: 21/07/06.

VAN RIJSWIJK, L., LYDER, C.H. Pressure ulcer prevention and care: implementing the revised guidance to surveyors for long-term care facilities. **Ostomy Wound Management**, 2005, p.7-19.

WYSOCHI, A. B., BRYANT, R.A . Skin. In: BRYANT R.A . **Accute and chronic wounds: nursing management**. Sant Louis: Mosby Year Book, 1-30, 1992.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO

I-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

.Nº DO CASO:_____ DATA DA COLETA:____/____/____

.Nºregistro:_____ 1.Tempo de internação_____

3.Sexo: 1()Feminino 2()Masculino

4.Estado civil: 1()casado 2()solteiro 3()viúvo

5.Escolaridade: 1()analfabeto 2()alfabetizado

3()ensino fundamental 4()ensino médio

6.Diagnóstico da doença

1()AVC 2()HIPERTENSÃO ARTERIAL 3()DIABETES

4()CÂNCER 5()CARDIPATIA 6()NEUROPATIAS

7()DOENÇAS PULMONARES 8()OUTRAS

III.VÍCIOS: 1()tabagista 2()etilista

IV-HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E ANTECEDENTES:

7.Cirurgia 1()sim 2()não

8.Medicamentos em uso: 1()anticolinérgicos 2()antihistamínicos 3()antihipertensivos

4() outros

9.Amputação prévia 1()sim 2()não

10.Lesão cutânea prévia: 1()sim 2()não

Local_____

11.Tempo de existência da ferida:_____

12.Tratamento:_____

13.FATORES DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

1. ()Imobilização no leito

2. ()Estado nutricional deficitário

3. ()Pressão

4. ()Valores laboratoriais anormais

5. ()Patologias crônico-degenerativas

6. ()Integridade tissular prejudicada

7. ()Incontinência fecal e urinária

8. ()Outros _____

VI- PREVENÇÃO DE LESÕES/ÚLCERAS

14. Utiliza alguma escala de predição para úlceras por pressão?

(☐) sim (☐) não 14. Qual? _____

15. Úlceras por pressão:

16. Presentes na admissão? Sim (☐) não (☐)

17. Na hospitalização? Sim (☐) não (☐)

18. Condutas de prevenção documentadas no prontuário

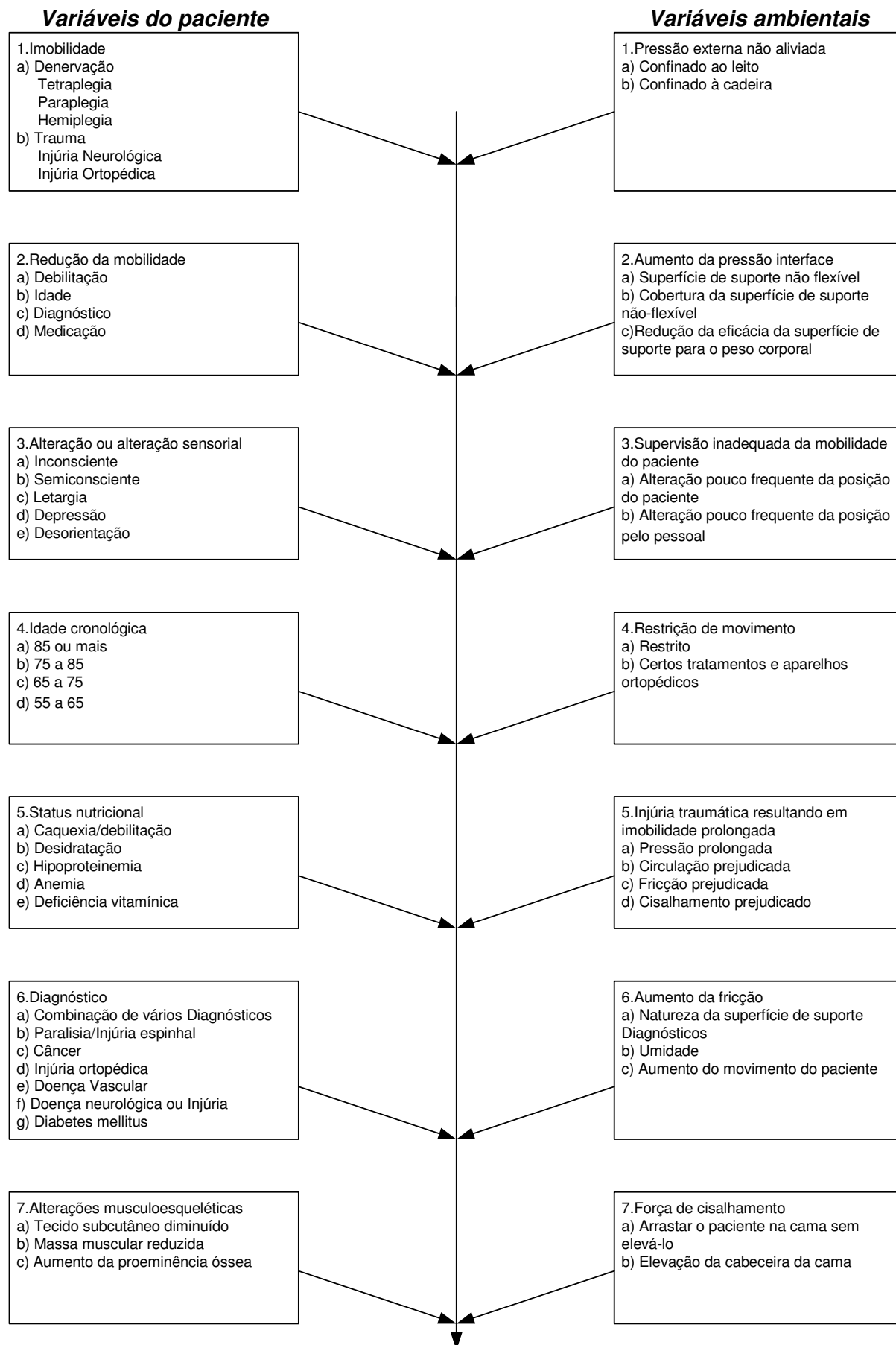
19. Condutas de tratamento documentadas no prontuário

ORÇAMENTO

MATERIAL	QUANTIDADE	PREÇO	PREÇO
		UNITÁRIO	TOTAL
Papel ofício A4	02 resmas	R\$ 0,03	R\$ 30,00
Caneta	05	R\$ 1,00	R\$ 5,00
Tinta p/computador	05 cartuchos	R\$ 100,00	R\$ 500,00
Tradução p/ Língua estrangeira	02 folhas do resumo	R\$ 15,00	R\$ 30,00
Correção de português	70 folhas	R\$ 1,50	R\$ 105,00
CD	03	R\$ 1,50	R\$ 4,50
Total		R\$ 119,03	R\$ 674,50

A pesquisa foi financiada pela pesquisadora

Modelo Causal da Etiologia da Produção da Úlcera por Pressão



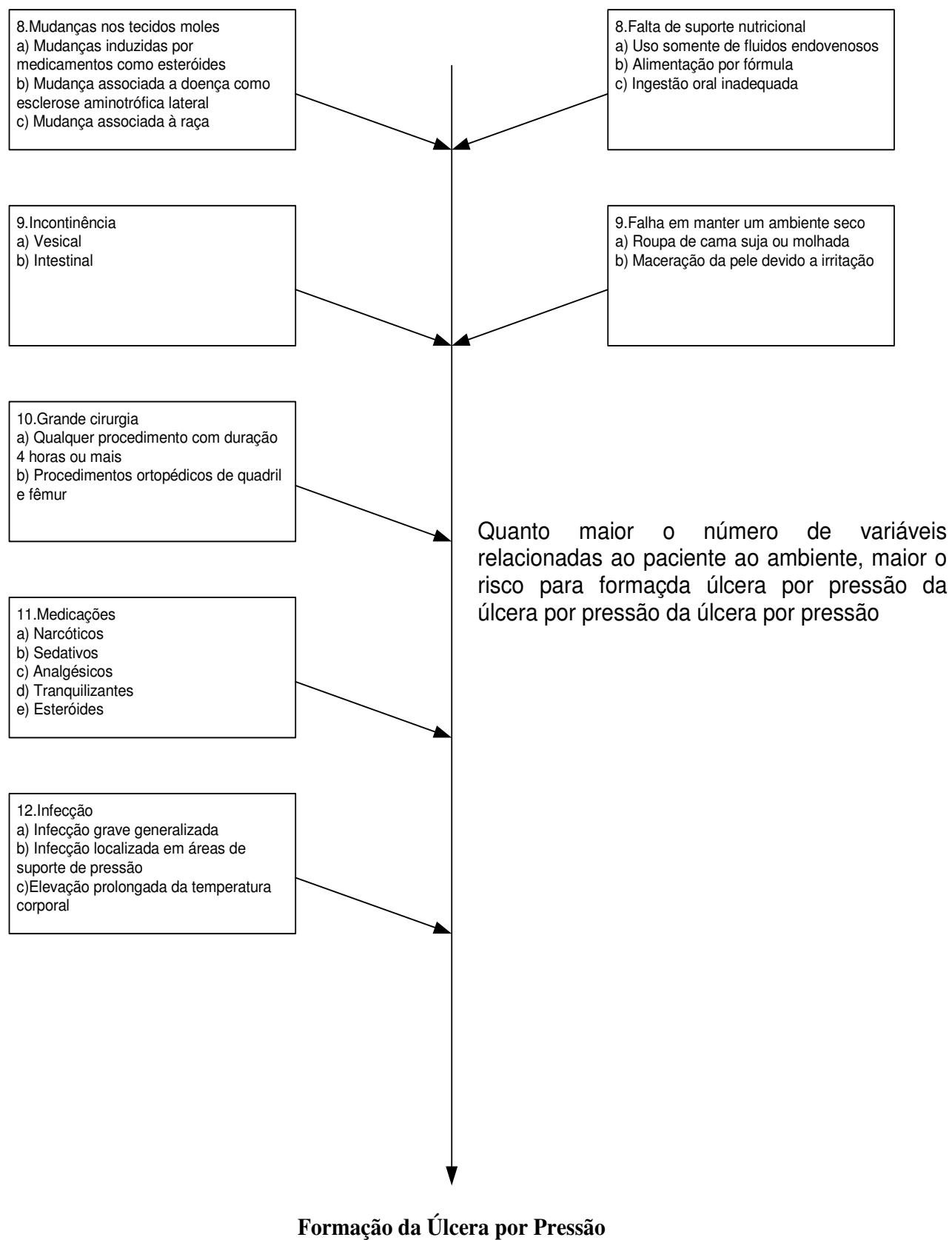


Figura 1. Fatores etiológicos para úlcera por pressão. **Fonte:** SHANON, M.L. **Pressure sore.** In: NORRIS, C.M. *Concept clarification in nursing.* London, ASPEN 1982, cap. 22, p. 357-382.

INDICAÇÕES E TIPOS DE COBERTURAS PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO

Quadro 1- Indicações do tipo de revestimento segundo as características clínicas da úlcera por pressão

TIPO DE REVESTIMENTO	APARÊNCIA DO LEITO ULCEROSO					
	Necrótico (preto)	Seco (amarelo)	Exsudativo	Infectado	Hemorragico	Tecido de granulação
Espuma poliuretano			++	++		
Hirofibra			+++	+++		
Gaze com solução salina			+++	+++		
Alginato de cálcio			++	+++	+++	
Hidrocolóide	+	+	+	+		++
Hidrogel	++	+++				+++
Filme adesivo						+++
Enzimas	+++	+++				
- Uso aceitável ++ Uso apropriado +++ Excelente						

ESCALAS DE PREDIÇÃO DE RISCO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Quadro 2 - Escala de Avaliação de Risco de Norton.					
Nome do paciente		Nome do examinador		Data	
Condição Física	Estado Mental	Atividade	Mobilidade	Incontinência	Total de Pontos
Bom 4 pontos	Alerta 4	Deambulante 4	Total 4	Não 4	
Regular 3 pontos	Apático 3	Caminha com ajuda 3	Ligeiramente 3	Ocasionalmente 3	
Ruim 2 pontos	Confuso 2	Limitado a cadeira 2	Muito Limitada 2	Usualmente/Urina 2	
Muito Ruim 1 ponto	Estupor 1	Acamado 1	Imóvel 1	Dupla 1	

Quadro 3 - Escala de Avaliação de Risco de Gosnell												
Identidade												
Idade, Sexo, Altura, Peso												
Diagnóstico Médico												
Diagnóstico de Enfermagem												
Data de Admissão												
Data de Saída												
*Complete todas as categorias com 24 horas de admissão e todos os outros dias em diante.												
Estado Mental		Continência		Mobilidade		Atividade		Nutrição		Total de Pontos		
Alerta	1	Completamente controlada	1	Completa	1	Deambulante	1	Boa	1			
Apático	2	Usualmente controlada	2	Ligeiramente limitada	2	Caminha com assistência	2	Regular	2			
Confuso	3	Minimamente controlada	3	Muito Limitada	3	Limitado a cadeira	3	Pobre	3			
Torporoso	4	Ausência de controle	4	Imóvel	4	Acamado	4					
Inconsciente	5											
Data	Sinais Vitais				Dieta	Aparência Geral da Pele				Intervenções		
						Cor	Umidade	Temperatura	Textura			
						1. Pálida	1. Seco	1. Baixa	1. Lisa			
						2. Manchada	2. Úmido	2. Muito baixa	2. Aspera			
						3. Rósea	3. Oleoso	3. Quente	3. Delgada/Transparente			
						4. Acinzentada	4. Outro	4. Elevada	4. Escamosa			
						5. Rubra			5. Grosseira			
						6. Cianótica			6. Outra			
						7. Ictérica						
						8. Outro						
Temp.	Pulso	F.Resp.	P.A.	Entrada	Saída					Sim	Não	Descreva
Medicação		Dosagem		Frequência		Via		Data de Início		Término		

Quadro 4 - Cartão de Pontuação de Waterlow

Constituição peso/altura	Sexo	Apetite	Tipo de pele	Mobilidade	Débito Neurológico	Continência	Riscos Especiais Má Nutrição Tecidual	Cirurgia grande porte ou trauma	Medicação
Normal 0	Masc. 1 Fem. 2	Normal 0	Saudável 0	Total 0	MS. paraplegia 4-6	Normal 0	Caquexia terminal 8	Ortopédica abaixo cintura, espinha dorsal 5	Esteróides 4
Acima da média 1	Idade	Diminuído 1	Fina - folha de papel 1	Nervoso 1		Incontinência Ocasional 1	Insuficiência cardíaca 5	Na mesa de operação: >2 horas 5	Citotóxicos 4
Obeso 2	14-49 1	Sonda NG líquidos 2	Seca 1	Apático 2		Catéter Incontinência 2	Doença vascular periférica 5		Anti-inflamatório 4
Abaixo da média 3	50-64 2	NBM Anoréxico 3	Edematosa 1	Restrita 3		Incontinência Dupla 3	Anemia 2		
	65-74 3		Viscosa 1	Inerte Tração 4			Fumo 1		
	75-80 4		Descorada 2	Preso à cadeira de rodas 5					
	>85 5		Quebradiça 3						
Pontuação	Médio risco > 10 pontos			Alto risco > 15 pontos					

Quadro 5 - Escala de Braden

Paciente: _____ Registro: _____ Leito: _____ Tradução feita por Dra. Maria Helena Larcher Caliri (EERP – USP), autorizada pela autora Barbara Braden.				
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
Percepção Sensorial: Habilidade de responder	Completamente Limitado : não responde a	Muito Limitado: responde somente a estímulos dolorosos,	Levemente Limitado: responde aos comandos verbais,	Nenhuma Limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas

significativamente à pressão relacionada com o desconforto.	estímulo doloroso (não geme, não se esquia ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade.	Constantemente Úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado	Muito Úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	Ocasionalmente Úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente Úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.
Atividade Física: Grau de atividade física.	Acamado: mantém-se sempre no leito.	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda	Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira	Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente Imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	Muito Limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança frequentes ou significantes sem ajuda.	Levemente Limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma Limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar	Muito Pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados do leite)	Provavelmente Inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de	Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.

	por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.	leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.	dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais	
Fricção e Cisalhamento	Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega freqüentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para freqüente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante.	Potencial para Problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum Problema Aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.	
Total de Pontos				

Fonte: SILVA, M. do S. **Fatores de risco pra úlcera de pressão em pacientes hospitalizados.** 1998.89p. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.