

**JULIETA MARIA FERREIRA CHACON**

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM  
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS NA ZONA OESTE DO MUNICÍPIO  
DE SÃO PAULO**

**Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo, para obtenção do Título de  
Mestre em Ciências**

**São Paulo**

**2008**

**JULIETA MARIA FERREIRA CHACON**

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM  
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS NA ZONA OESTE DO MUNICÍPIO  
DE SÃO PAULO**

**Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo, para obtenção do Título de Mestre  
em Ciências**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. LYDIA MASAKO FERREIRA**

**CO-ORIENTADORES: Profa. LEILA BLANES**

**Prof. BERNARDO HOCHMAN**

**SÃO PAULO**

**2008**

Chacon, Julieta Maria Ferreira

**Prevalência de úlcera por pressão em instituições de longa permanência para idosos na Zona Oeste do Município de São Paulo.** / Julieta Maria Ferreira Chacon. -- São Paulo, 2008.

xii, 87f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Prevalence of pressure ulcer at long-stay institutions for the elderly in the west zone of the São Paulo city.

1. Prevalência. 2. Úlcera de Pressão. 3. Saúde do Idoso Institucionalizado. 4. Instituição de longa Permanência para idosos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA  
PLÁSTICA**

**COORDENADORA: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira**

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu pai João, agora ausente, mas presença sempre constante, deixou-me grandes ensinamentos, a quem devo mais do que sou capaz de agradecer...

Ao meu companheiro Ocimar, que muito paciente, soube compreender os momentos difíceis divididos entre o estudo, trabalho...

A minha irmã Graziela, presente que recebi da vida e com quem aprendo todos os dias...

## **AGRADECIMENTOS**

À **PROFA. DRA. LYDIA MASAKO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, pela honra a mim concedida, de ser orientadora deste trabalho, pela competência e humildade.

À **PROFA. LEILA BLANES**, PROF<sup>a</sup> COLABORADORA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, presença constante que com sabedoria e paciente determinação me conduziu neste processo, como co-orientadora.

Ao **PROF. BERNARDO HOCHMAN**, PROF<sup>o</sup> AFILIADO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, também co-orientador, por sua sabedoria e contribuições valiosas e enriquecedoras para a elaboração deste trabalho.

Às SECRETÁRIAS da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, **MARTA DOS REIS, SANDRA DA SILVA E SILVANA DE ASSIS** pela competência e dedicação ao trabalho.

À PROF<sup>a</sup>. **AMÉLIA MARANHÃO**, pela revisão ortográfica e gramatical da Tese.

Aos COLEGAS DA PÓS-GRADUAÇÃO, **GRAZIELA CHACON BORBA, FABIANE FURTADO, SORAIA FERRARA, CLAUDIA FREIRE, ANA CLAUDA MAIA, LANA LOURENÇO, IVAN OMONTE, RODOLFO BUSSOLARO, CÁSSIA, TIAGO E MARIO WARDE**, pelo companheirismo, críticas construtivas e força transmitida nos momentos difíceis do curso.

Aos PROFESSORES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, pela transmissão de conhecimentos e dedicação.

À amiga e SECRETÁRIA **ANA PAULA MENDES**, e à **DRA DELMA TOSTES**, pediatra Mestre em Oncologia do Hospital Infantil Darcy Vargas pela colaboração e sugestões na organização da Tese.

A DIRETORIA DE ENFERMAGEM do Hospital Infantil Darcy Vargas, pela compreensão, e aos colegas do ambulatório de oncologia, pela colaboração e compreensão nos momentos de stress no trabalho.

Aos idosos que participaram do estudo, com muito carinho.

Aos responsáveis pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em que foi realizada a pesquisa, pela autorização concedida.

À COVISA de São Paulo (Coordenação de Vigilância em Saúde do Município) que forneceu a lista das ILPI e à da enfermeira Ednamar dos Santos, pela colaboração.



## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTAS.....</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>06</b>
<b>3. LITERATURA.....</b>	<b>08</b>
<b>4. MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>55</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
<b>FONTES CONSULTADAS.....</b>	<b>74</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1.	Prevalência de Úlcera por Pressão (UP) em idosos em ILPI e média entre os meses da coleta (maio e agosto).....	22
Tabela 2.	Prevalência de UP em idosos de cada ILPI na primeira coleta.....	23
Tabela 3.	Prevalência de UP em idosos de cada ILPI na segunda coleta .....	23
Tabela 4.	Distribuição dos idosos com úlcera por pressão segundo o gênero.....	24
Tabela 5.	Distribuição dos idosos com úlcera por pressão de acordo com a faixa etária.....	24
Tabela 6.	Distribuição dos idosos com úlcera por pressão segundo a média de idade em maio e agosto.....	25
Tabela 7.	Distribuição dos idosos com úlcera por pressão quanto a cor da pele.....	25
Tabela 8.	Distribuição dos idosos com úlcera por pressão, quanto ao tabagismo.....	25
Tabela 9.	Medidas descritivas do tempo de internação (em meses) dos idosos com úlcera por pressão nas duas coletas.....	26
Tabela 10.	Distribuição dos idosos com úlcera por pressão, em relação a incontinência urinária.....	27

Tabela 11. Distribuição dos idosos com úlcera por pressão, em relação a incontinência anal.....	27
Tabela 12. Distribuição dos idosos quanto ao número de úlceras por pressão.....	28
Tabela 13. Distribuição dos idosos segundo a presença de UP em relação à localização e estágio, na coleta de maio.....	29
Tabela 14. Distribuição dos idosos segundo a presença de UP em relação à localização e estágio, na coleta de agosto.....	29
Tabela 15. Medidas descritivas dos escores dos idosos com UP obtida pela Escala de Braden.....	30
Tabela 16. Idosos com UP segundo a ocorrência de doenças .....	60
Tabela 17. Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Nutrição.....	60
Tabela 18. Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Percepção sensorial .....	61
Tabela 19. Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Umidade.....	61
Tabela 20. Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Atividade .....	61
Tabela 21. Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Mobilidade.....	62
Tabela 22. Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Fricção e Cisalhamento .....	62

## Lista de Abreviaturas

- *et al.*: e colaboradores

COVISA: Coordenação de Vigilância em Saúde do Município

CR: Casas de Repouso

EUA: Estados Unidos das Américas

HG: Hospital Geral

HU: Hospital Universitário

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI: Instituição de longa permanência para idosos

NPUAP: *National Ulcer Advisory Panel*

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAHO: *Pan American Health Organization*

SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

UP: Úlcera por pressão

## RESUMO

**Introdução:** Úlcera por pressão é um sério problema entre a população idosa. Mais de 50% dos pacientes idosos com úlcera por pressão (UP) estão entre a idade de 70 anos ou mais, e nesta população as UP são associadas ao risco de morte, interferindo na interação social, diminuindo a qualidade de vida, além do elevado custo do tratamento com grande impacto econômico. **Objetivo:** Verificar a prevalência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na Zona Oeste do Município de São Paulo. **Métodos:** A coleta de dados foi realizada pela autora em seis ILPI em dois momentos diferentes (um dia no mês de maio e outro em agosto de 2007), sendo avaliados todos os idosos institucionalizados com e sem úlceras por pressão. Foram coletados dados demográficos e clínicos, sendo também identificado o risco de desenvolver UP pela Escala de Braden e realizada a classificação das UP. Utilizou-se o Teste Qui-quadrado, Teste t de Student e Teste exato de Fisher para análise estatística. **Resultados:** Nas 6 ILPI incluídas no estudo estavam 181 idosos em maio e 184 em agosto, sendo respectivamente 23 idosos e 17 idosos com UP em cada mês da coleta. A prevalência em maio foi igual a 12,7% e 9,2% em agosto com média igual a 10,9%. A população foi composta de 87,5% do gênero feminino, 95% da cor branca. A média da idade foi 84 anos e o tempo médio de permanência nas instituições foi 32 meses. A região sacral foi a mais freqüente localização das UP (71,5%) e as úlceras no estágio II representavam 41%; 40% tinham incontinência urinária e 27,5% incontinência anal. **Conclusão:** A prevalência de úlcera por pressão nas Instituições de Longa Permanência para Idosos pesquisadas na Zona Oeste do Município de São Paulo foi de 10,95%.

## **INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

As feridas crônicas representam um desafio para os profissionais da área de saúde. As úlceras por pressão (UP), em especial, vêm despertando maior interesse por parte destes profissionais, serviços de saúde e da população em geral, à medida que têm aumentado a prevalência e incidência em determinadas populações de risco, apesar dos esforços preventivos e dos avanços tecnológicos para seu tratamento (ROGENSKI & SANTOS, 2005; NPUAP, 2007; SOUZA & SANTOS, 2007). Estas feridas tem sido uma preocupação, pois são geradoras de permanências prolongadas nos hospitais e uma complicação freqüente, principalmente em idosos hospitalizados (BLANES *et al.*, 2004). Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) destaca o aumento da morbidade e mortalidade por UP em pacientes que moram em instituições de longa permanência (BRANDEIS *et al.*, 1990, CAPON *et al.*, 2007 ).

Tem-se discutido amplamente sobre a causalidade, fisiopatogenia e, conseqüentemente, a responsabilidade para a prevenção das UP, principalmente em grupos considerados mais vulneráveis como os pacientes em condições críticas e crônicas, em cuidados paliativos e os idosos, em especial os institucionalizados (SOUZA & SANTOS, 2007).

A população mundial vem apresentando um aumento anual de 1,7%, enquanto pessoas com idade de 60 anos ou mais apresentam um crescimento médio que varia de 2,5% a 3% ao ano. Nas últimas três décadas, a população envelheceu em ritmo mais acelerado, também nos países em desenvolvimento, onde se verifica um aumento três vezes maior no número de idosos que nos países desenvolvidos (TELAROLLI, CÂNDIDO, CARVALHO, 1996; CARVALHO & GARCIA, 2003).

A população brasileira está envelhecendo desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar a estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Atualmente, a sociedade já se depara com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais, outrora restritas aos países industrializados. O Estado, ainda priorizando o controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não possibilitou aplicação de estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônicas degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas de doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida (TELAROLLI, CÂNDIDO, CARVALHO, 1996; CHAIMOWISCZ; 1997 CARVALHO & GARCIA, 2003).

Os dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) mostram que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, corresponde a 8,6% da população total, em comparação com 7,3% no ano de 1991, o que confirma a acelerada taxa de aumento da população idosa brasileira. As projeções mostram que a população de idosos no Brasil chegará ao ano de 2020 com mais de 26,2 milhões de pessoas, representando quase 12,4% da população total (CARVALHO & GARCIA, 2003) e em 2025 14%, correspondendo a mais de 32 milhões de idosos (PAHO, 1999; IBGE, 2008).

O processo de transição demográfica no Brasil apresenta-se em ritmo acelerado e tem sido acompanhado por transformações sociais que, em diversos países, aumentou a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essa transição, que aumenta a taxa de



institucionalização de idosos em outros países, também tem ocorrido no Brasil (PAHO, 1999).

As ILPI são estabelecimentos voltados para o atendimento integral institucional, tendo como público alvo, em nosso meio, as pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica, ancionato e residencial geriátrico – devem proporcionar serviços nas áreas, social, médica, psicológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e outras, conforme as necessidades de tal segmento de faixa etária (SBGG, 2003).

Em nosso meio, porém, o que se tem constatado é que as ILPI apresentam dificuldades com relação à manutenção da saúde dos idosos, principalmente porque estes, muitas vezes, apresentam declínio do sistema orgânico, independentemente do nível de consciência, associada ao aumento de co-morbidades, manifestações de doenças crônicas, afecções agudas, déficit de mobilidade, percepção sensorial comprometida, tornando-os debilitados e vulneráveis (KLIGMAN, 1997; FERNANDES & CALIRI, 2000; NASCIMENTO, 2001; DOMINI, 2005; SOUZA & SANTOS, 2007; GALHARDO *et al.*, 2008).

A incidência e a prevalência de UP parecem aumentar em pacientes em reabilitação (FRANTZ, 1997). A prevalência de UP aumenta com a idade, sendo que 50% a 70% dessas lesões desenvolvem-se em pessoas com mais de 70 anos de idade, e pacientes idosos residentes em casas de repouso apresentam índice de prevalência de UP que varia de 7% a 23% (ALMAN, 1989; BRANDEIS *et al.*, 1990; LANGEMO, OLSON, HUNTER, 1990).

Nos EUA, o gasto financeiro com pacientes em cuidados agudos com UP varia de 2 mil a 30 mil dólares, média diária de 80,42 dólares e uma estimativa anual de 5 a 9 bilhões de dólares. Cerca de 20 bilhões de dólares são gastos com tratamento de feridas crônicas em pacientes com doenças crônicas (REES & BASHSHUR, 2006; NPUAP, 2007). No Brasil não foram encontrados estudos de custo de tratamento de UP (BLANES *et al.*, 2004; FERREIRA *et al.*, 2007).

Entre os principais fatores de risco que favorecem desenvolvimento de UP destacam-se a idade avançada, o déficit nutricional, a imobilidade, a fricção, o diabetes e a umidade excessiva (BERGSTROM *et al.*, 1996; NASCIMENTO, 2001; JUAN *et al.*, 2004; BLANES *et al.*, 2004; SOUZA & SANTOS, 2007; FERREIRA *et al.*, 2007).

O envelhecimento da população é um processo dinâmico e irreversível da senescência e/ou senilidade, com suas peculiaridades, e aumento da vulnerabilidade e fragilidade do idoso de desenvolver UP.

Diante da problemática da UP no idoso institucionalizado, é importante conhecer a prevalência dessa lesão de pele na população de idosos, que é um importante indicador para políticas de saúde e para o direcionamento de recursos. E assim, poder intervir precocemente, e que seja possível elaborar protocolos de prevenção e tratamento precoce para esta população.

**OBJETIVO**

## **2. OBJETIVO**

Identificar a prevalência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos na Zona Oeste do Município de São Paulo.

**LITERATURA**

### 3. LITERATURA

BRANDEIS *et al.* (1990) realizaram estudo prospectivo com 19.889 idosos admitidos em 51 instituições asilares nos Estados Unidos, no período de 1984 a 1985. A prevalência de úlcera por pressão foi de 8,9% e a incidência 13,2%. Dos pacientes estudados, 69% eram do gênero feminino, 92% da cor branca e a média de idade foi igual a 79,6 anos. As UP foram associadas com o aumento do índice de mortalidade. Também encontraram 17% de UP na admissão e, entre as pessoas que não tinham UP, os fatores de risco para o seu desenvolvimento aumentaram 13% no primeiro ano e 21% no segundo ano.

LANGEMO, OLSON, HUNTER (1990) em estudo realizado nos Estados Unidos junto a diferentes tipos de populações, que incluíam pacientes com doenças agudas encontraram prevalência de 20% de UP em 368 pacientes, sendo 140 do gênero masculino e 228 do gênero feminino. Relataram, também, prevalência de 20% a 66% em pacientes com lesão medular e 7% a 12% em pacientes em assistência domiciliar.

BERGSTROM & BRADEN (1994) submeteram a Escala de Braden a teste de confiabilidade e validade, por meio de estudo realizado em uma unidade de reabilitação, com enfermeiros treinados. Mostraram que a Escala de Braden tem satisfatória confiabilidade, melhores índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade. Também pode ser considerada como uma das mais adequadas para predizer o risco de desenvolver UP.

SMITH (1995) em revisão bibliográfica na base de dados Medline, realizou pesquisa de artigos da língua inglesa publicados no período de 1980 a 1994 sobre prevalência de UP. Encontrou variação entre 17% a 35% de prevalência de UP em pacientes na admissão em instituições de longa permanência para idosos. A prevalência de UP em residentes de instituições de longa permanência foi em média de 7% a 23%. Entre pacientes de alto risco, a incidência de UP foi estimada em 14 a cada 1000 pacientes ao dia. Os idosos com maior risco de desenvolver úlceras foram aqueles que tiveram capacidade limitada para realizar a mudança de decúbito sozinho.

SHUE & LANGEMO (1999) realizaram estudo retrospectivo com 170 idosos do gênero masculino, média de idade de 69,2 anos, com doenças agudas e crônicas, em uma unidade de reabilitação geriátrica (*Administration Veterans Hospital*) nos Estados Unidos, que foram acompanhados durante um ano. Foram consultados prontuários dos idosos acamados quanto aos fatores de risco e ocorrência prévia de úlcera por pressão, e avaliação do risco pela Escala de Braden. Foi identificada prevalência de 12% e incidência de 6%. Os itens da Escala de Braden, umidade, nutrição e fricção e cisalhamento foram preditores significantes para o desenvolvimento de UP.

PARANHOS & SANTOS (1999) traduziram e adaptaram a Escala de Braden para a língua portuguesa e testaram sua validade preditiva. Após sua tradução, avaliaram 34 pacientes com risco para formação de UP

internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público em São Paulo. Foram identificados 15 pacientes com UP. Desses, 60% (9) eram do gênero feminino, a média de idade foi 53,2 anos e 60% tinham cor branca. Dentre os diagnósticos principais, as afecções neurológicas estavam presentes em 33,4% dos pacientes e o trauma em 13,4%. A validação desta escala teve um grande valor preditivo, pois além de identificar os pacientes em risco de desenvolver UP, pode-se prevenir o surgimento dessas lesões e tratar estes pacientes precocemente.

ERIKSSON, HIETONEN, ASKO-SELJAARA (2000) estudaram em um único dia os pacientes que tinham UP em 11 hospitais e 5 casas de repouso, em uma cidade na Finlândia. Encontraram 186 pacientes com úlcera por pressão, que tinham um total de 300 lesões. A predominância dos pacientes com UP era do gênero feminino (61%), e a média de idade foi de 75 anos. De acordo com a classificação das úlceras, 43% estavam no estágio II, 31% no estágio III, 24% no estágio I e 2% no estágio IV. A localização mais freqüente foi na região sacral (34%), seguida da região calcânea (23%).

RAMOS (2003) coordenou um projeto por dois anos e acompanhou 1.667 idosos que moravam na Vila Clementino, zona sul de São Paulo. Um dos objetivos foi identificar fatores de risco que aumentavam a chance de óbito na terceira idade, e entender por que algumas pessoas envelheciam bem e outras, não. O estudo teve como conclusão que o foco do atendimento a essa faixa da população não devia ser apenas nas doenças, e sim no impacto que essas enfermidades tinham sobre a função cognitiva e motora do paciente.



BLANES *et al.* (2004) estudaram 78 pacientes com UP internados em um hospital público de São Paulo. Os resultados apontaram que 57,7% eram do gênero masculino, 78,2% eram de cor branca, com média de idade igual a 64 anos, sendo que 66,7% tinham idade acima de 61 anos. A média de tempo de internação foi de 33 dias. Dessa amostra 68% desenvolveram UP no hospital, sendo que 43,7% eram pré-úlceras (estágio I). As doenças neurológicas e neoplasias (29,5%) foram as causas mais frequentes de hospitalização. Todos os estágios de UP foram encontrados na região sacral. De acordo com a Escala de Braden, metade dos pacientes internados possuía alto risco para formação de UP.

GUNNINGBERG (2004) avaliou 695 pacientes em três locais de assistência à saúde na Suécia, sendo 612 em Hospital Universitário (HU), 38 em Hospital Geral (HG) e 45 em Casas de Repouso (CR). Detectou prevalência de UP de 23,9% no HU, 13,2% no HG e 20% em CR. Metade dos pacientes em Casas de Repouso tiveram risco maior de desenvolver UP, comparados com 23% em Hospital Universitário e 30,5% em Hospital Geral, e estava associada à presença de incontinência urinária. Predominou o gênero feminino, sendo 49,3% no HU, 55,3% no HG e 53,3% em CR e idade entre 80 e 89 anos nos 3 locais. A localização mais frequente das UP foi a região sacral, a maioria se apresentava no estágio I (cerca de 60 a 66% nos Hospitais e 44% em casas de Repouso).

ROGENSKI & SANTOS (2005), em estudo realizado em hospital universitário da cidade de São Paulo, detectaram prevalência de UP de 18,6% e incidência de 39,8%. A prevalência na Unidade de Terapia Intensiva foi de 66,7% e a média de idade 71,5 anos, havendo predomínio

do gênero feminino (52,6%) e da cor branca (89,2%). As doenças cardiovasculares e respiratórias estavam presentes em 77,8% dos pacientes. As medicações mais utilizadas foram os antihipertensivos (28,1%) e analgésicos (18,8%). A localização mais comum das UP foi a região sacral (22,2%) e a maioria delas foi classificada como estágio I (51,9%).

BARROS & GUEDES (2005) realizaram pesquisa descritiva e retrospectiva, cujo objetivo era identificar a prevalência de UP baseada nos dados de uma empresa de internação domiciliar no Rio de Janeiro. Foram incluídos no estudo 312 idosos com 65 anos ou mais de idade, sendo que 175 apresentavam UP. Demonstraram alta prevalência de úlceras na população estudada e destacaram a importância de investigar a epidemiologia desse agravo, pois interfere na interação social, diminuição da auto-estima e qualidade de vida, altera a imagem corporal, causa dor e desconforto.

LAHMANN, HALFENS, DASSEN (2006) em estudo transversal conduzido em 87 hospitais (16.728 idosos) e 60 ILPI (4.846 idosos) no período de abril de 2002 a abril de 2003 em 16 estados da Alemanha, avaliaram prevalência de UP em pessoas com risco de desenvolver UP de acordo com a Escala de Braden. A prevalência foi de 24,6% nos hospitais e 13,9% nas ILPI. A média de idade foi igual a 63,6 anos e a maioria do gênero masculino (55,8%) nos pacientes hospitalizados e nos pacientes residentes a média de idade foi igual a 81,9 anos e a maioria do gênero feminino (79,3%). Nos Hospitais, a localização mais freqüente das UP foi à região sacral (47,3%) e no estágio II (36,4%). Nos pacientes residentes em

casas de repouso, a região sacral (53,8%) e no estágio II (46,7%) também foram mais freqüentes.

CAPON *et al.* (2007) estudaram 571 pacientes em 10 ILPI em Roma (Itália) com objetivo de avaliar a prevalência de UP e descrever os principais fatores associados com o risco e a presença de UP. Foi utilizada a Escala de Braden. A prevalência foi igual a 27%, sendo que 55,7% dos pacientes tinham alto risco de desenvolver UP. Houve associação estatística entre alto risco de desenvolver UP e trauma anterior, acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer e outras formas de demência. A presença de UP mostrou significância no grupo de idosos (75 a 84 anos) com moderado ou grave declínio cognitivo, doença de Alzheimer e outras formas de demência, hipertensão e doença cardiovascular, não observada nos idosos com 84 anos ou mais.

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2007) reporta prevalências de UP que variam de 3 a 14% em hospitais gerais e 7% a 12% em casas de repouso. Em casas de repouso descrevem incidências de UP em idosos entre 15% a 25%.

SOUZA & SANTOS (2007) em estudo quantitativo de coorte, prospectivo em quatro instituições de longa permanência para idosos (ILPI), em 3 cidades do sul de Minas Gerais, identificaram incidência de 39,4% de UP em 94 idosos, com idade superior a 60 anos que apresentavam escore  $\leq 18$  na Escala de Braden. Foram avaliados 3 vezes na semana por 90 dias consecutivos até que desenvolvessem UP ou tivessem

alta, transferência ou óbito. A localização mais freqüente foi o maléolo lateral (27%) e ísquio (25%) e estavam no estágio I. Houve predomínio do gênero feminino (62,8%) e da cor branca (68,2%), com a média de idade de 79,06 anos, não tabagista (80,9%), sendo mais freqüentes as doenças urinárias (58,5%) e uso de neurolépticos ou psicotrópicos (52,1%). O gênero feminino, o uso de medicamentos neurolépticos, presença de úlcera prévia e a subescala umidade (Braden) apresentaram associação com a presença de UP na primeira avaliação e as subescalas nutrição, fricção e cisalhamento e umidade na última avaliação.

GALHARDO *et al.* (2008) estudaram a Qualidade de Vida e depressão em idosos com UP que vivem na comunidade em um Município do Sul de Minas Gerais. Usaram as Escalas de Qualidade de Vida (SF-36) e Depressão Geriátrica (GDS-15). Foram analisados 42 idosos, sendo 21 idosos sem UP (grupo controle) e 21 idosos com UP. Foram encontradas 36 UP no grupo de estudo, com maior freqüência na região sacral (44,5%) e estágio II (50%). Os idosos com UP apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios do SF-36 e elevada taxa de depressão pelo GDS-15.

COSTA & MELO (2008) em estudo de coorte transversal no Programa de Atenção à Saúde do Idoso em Maceió (Alagoas), no ano de 2007, identificaram prevalência de 11,3% de UP. Foram consultados 71 prontuários dos idosos assistidos pelo programa. Houve predomínio do gênero feminino (77,7%), presença de hipertensão arterial sistêmica (87,5%) e seqüela neurovascular (75%). A média de idade foi de 87 anos. As subescalas mobilidade, percepção e umidade (Braden) apresentaram associação com a presença de UP.

## **MÉTODOS**

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo primário, analítico e transversal em seres humanos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o nº 1596/06 em 01/11/06 (Anexo I).

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

A coleta de dados foi realizada em seis instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) situadas na Zona Oeste de São Paulo, sendo todas particulares. A lista das instituições foi fornecida pela Coordenação de Vigilância em Saúde do Município (COVISA) (órgão fiscalizador de todos os estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo) (Anexo II).

### **4.3 CASUÍSTICA**

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Idade igual ou superior a 60 anos (OMS, 1994), residentes nestes estabelecimentos e aceitar participar do estudo.

Doze ILPI na zona Oeste do Município de São Paulo foram indicadas pela COVISA, no entanto, três não caracterizavam residência para idosos e três não participaram do estudo, pois não foi obtida a autorização pelo responsável do estabelecimento. Assim foram incluídas no estudo, seis ILPI na zona Oeste do Município de São Paulo que são identificadas por letras (A, B, C, D, E, F) para manter o sigilo quanto às respectivas denominações.

#### **4.3.2 Descrição da casuística**

Foram avaliados 365 idosos, que residiam nas ILPI durante a coleta de dados, nas seis instituições: (A=35; B=45; C=85; D=108; E=42 e F=50 idosos) (Apêndice 3). Nas ILPI avaliadas, não existiam protocolos descritos para a prevenção de UP, nem avaliação específica, quer seja para o risco de desenvolvimento de UP, quer seja para o tratamento desse tipo de lesão.

#### **4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA**

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com o auxílio de um instrumento elaborado para conhecimento das características demográficas e clínicas do idoso com e sem UP (Apêndice 4).

Cada instituição foi avaliada individualmente, os idosos foram avaliados em dois dias, sendo a coleta realizada em dois momentos diferentes, um dia na primeira semana do mês de maio e um dia na primeira semana do mês de agosto de 2007. Registrou-se o número total de idosos

residentes e número de idosos com UP (Apêndice 3). A data foi escolhida pela pesquisadora em comum acordo com o responsável pela ILPI.

Todos os idosos tiveram sua pele inspecionada no sentido de serem detectadas todas as úlceras. Quando a UP era detectada, era registrado o local e o estágio (Apêndice 4). A Escala de Braden (Anexo III) foi utilizada para avaliar o risco do paciente para desenvolver UP. Essas avaliações foram realizadas após contato com administrador de cada ILPI, e após autorização por escrito do idoso, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (AnexoIV), e quando este não apresentava condições físicas ou mentais, foi autorizado pelo responsável.

#### **4.4.1 Escala de Braden**

É composta de seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento. São pontuadas de 1 a 4, com exceção de fricção e cisalhamento cuja pontuação varia de 1 a 3. Os escores totais têm variação de 6 a 23, correspondendo os mais altos a um bom funcionamento dos parâmetros avaliados e, portanto, a um baixo risco para formação de UP. Já os baixos escores indicam alto risco para ocorrência dessas lesões. Escores equivalentes ou abaixo de 18 são indicativos de risco para desenvolver UP (BERGSTROM *et al.*, 1987, SCHUE & LANGEMO 1999, BERGQUIST & FRANTZ, 2001).



## 4.5 CÁLCULO DE PREVALÊNCIA

A prevalência de úlcera por pressão é definida como a porcentagem de pessoas com UP em um determinado momento em uma população, que é dada pela seguinte fórmula (FRANTZ, 1997):

$$\text{Índice de prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com UP no dia da coleta de dados}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes internados no serviço}} \times 100$$

Neste estudo foi realizado o cálculo da prevalência a partir da avaliação dos idosos com 60 anos ou mais de idade, em um único dia para cada ILPI visitada, em dois momentos diferentes.

Realizou-se uma análise exploratória das variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com UP. As variáveis de natureza qualitativa foram analisadas na forma de frequências absolutas e relativas. Já para as variáveis quantitativas foram obtidas medidas-resumo na forma de média, mediana, mínimo, máximo, quartis e desvio padrão.

Para verificar a homogeneidade da distribuição das variáveis categóricas nas duas coletas foram utilizados testes do Qui-quadrado e, em caso do tamanho da amostra não ser suficiente, o Teste Exato de Fisher.

Para comparar a média das duas coletas foi utilizado o Teste t de Student. Para todos os testes estatísticos foi utilizado um nível de significância de 5%. Análise pelo programa SPSS versão 13.0, Windows (BERQUÓ *et al.*,1981).

## **RESULTADOS**

## 5. RESULTADOS

Em maio, havia 181 idosos residente nas seis instituições avaliadas, sendo que 23 apresentaram UP, com prevalência de 12,7%. No mês de agosto, havia 184 idosos residentes nestas instituições, dos quais 17 apresentaram UP com prevalência de 9,2% (Tabela 1).

A prevalência média das duas coletas foi igual a 10,95%.

Não houve diferença estatística significantes entre os resultados encontrados nas duas coletas respectivamente nos meses maio e agosto de 2007 ( $p=0,007$  e  $p=0,695$ ).

**TABELA 1- Prevalência de UP em idosos em ILPI e média nos meses da coleta (maio e agosto)**

Mês	Idosos (total)	Idosos com UP	%
	n	n	
Maio	181	23	12,7
Agosto	184	17	9,2
Média			10,95

Teste Q-Quadrado= 1, 125 ( $p = 0,318$ )

Em relação à prevalência por instituição nos dois períodos, não houve diferenças significantes de prevalências entre as instituições tanto na coleta 1 como na 2 (Tabela 2 e 3).

**TABELA 2- Prevalência de UP em idosos de cada ILPI na primeira coleta (maio)**

ILPI (maio)	Idosos com UP n	Total de idosos n	%
A	3	20	15,0
B	6	23	26,1
C	1	42	2,4
D	6	52	11,5
E	2	21	9,5
F	5	23	21,7

Teste exato de Fisher (p= 0, 077)

**TABELA 3- Prevalência de UP em idosos na segunda coleta (agosto) em cada Instituição**

Instituição (agosto)	Idosos com UP n	Total de idosos n	%
A	2	15	13,3
B	3	22	13,6
C	2	43	4,7
D	7	56	12,5
E	1	21	4,8
F	2	27	7,4

Teste exato de Fisher (p=0, 695)

A casuística foi constituída de 23 idosos com úlcera por pressão no mês de maio e identificados 17 idosos no mês de agosto. Quanto ao gênero 4,3% (1) eram do gênero masculino e 95,7% (22) do feminino na coleta 1. Já na coleta 2, 23,5% (4) eram do gênero masculino e 76,5% (13) do feminino (Tabela 4).

**TABELA 4- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão segundo o gênero**

	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Masculino</b>	1	4,3	4	23,5
<b>Feminino</b>	22	95,7	13	76,5
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher ( $p= 0,144$ )

A idade dos idosos com UP variou de 65 a 100 anos no mês de maio e a média de idade foi de 83,7 anos (DP= 9,46), enquanto no mês de agosto a idade variou de 67 a 97 anos com média de 83,8 anos (DP= 7,92). Não foi observada diferença estatística na média de idade entre as duas coletas ( $p= 0,952$ ) (Tabela 5 e 6).

**TABELA 5- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão de acordo com a faixa etária**

Faixa etária (anos)	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>65-75</b>	4	17,4	2	11,8
<b>76-85</b>	9	39,1	6	35,3
<b>86 e mais</b>	10	43,5	9	52,9
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher ( $p=0,952$ )

**TABELA 6- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão segundo a média de idade em maio e agosto**

Coleta	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
<b>Maio</b>	23	83,65	84,00	9,46	65	100
<b>Agosto</b>	17	83,82	86,00	7,92	67	97

Teste t- Student =-0,061 (p=0,952)

As Tabelas 7 e 8 apresentam os dados relativos as variáveis categóricas estudadas (cor da pele e tabagismo).

**TABELA 7- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão quanto a cor da pele**

Cor da pele	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Branca</b>	21	91,3	17	100,0
<b>Não branca</b>	2	8,7	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher (p= 0, 499)

**TABELA 8- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão, quanto ao tabagismo**

Tabagismo	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Sim</b>	1	4,3	2	11,8
<b>Não</b>	22	95,7	15	88,2
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher (p= 0, 565)

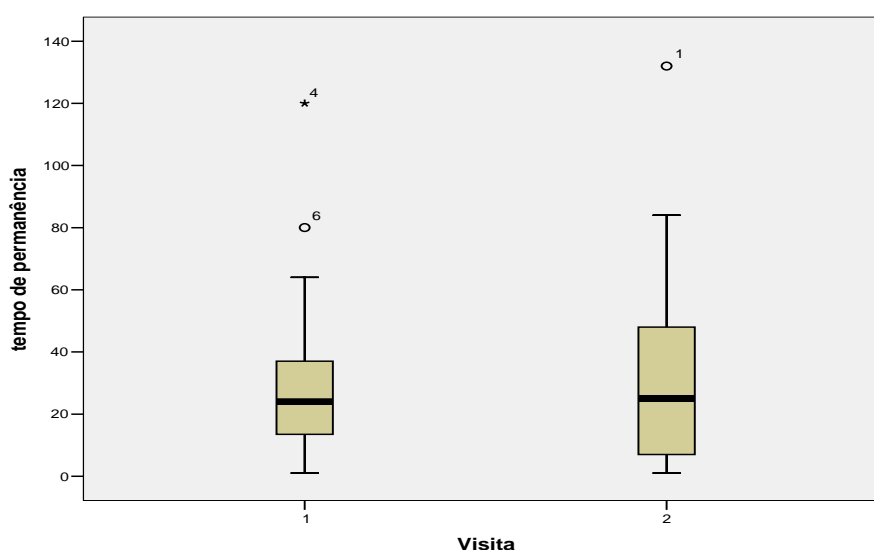
No mês de maio, em relação aos 23 idosos com UP, o tempo de internação variou de 1 a 120 meses e a média foi de 31,5. No mês de agosto, entre os 17 idosos com UP, o tempo de internação na ILPI variou de 1 a 132 meses e a média foi de 32,8 meses (Tabela 9).

**TABELA 9- Medidas descritivas do tempo de internação (em meses) dos idosos com úlcera por pressão nas duas coletas**

Coleta	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
<b>Maio</b>	23	31,5	24,0	27,5	1	120
<b>Agosto</b>	17	34,4	25,0	34,7	1	132

Teste t de Student = -0,288 (p = 0,7751)

A diferença das médias do tempo de permanência dos idosos com UP na ILPI não foi estatisticamente significativa (p=0,775). Pode-se verificar a Figura 1 a presença de alguns idosos com tempo de internação bem maior que os demais (120 e 80 meses na coleta 1 e 132 meses na coleta 2).



**FIGURA 1- Tempo de permanência dos idosos (em meses) com UP em cada mês da coleta**

As doenças mais frequentes na coleta de maio foram: hipertensão arterial 56,5% (13), cardiovasculares/respiratórias 52,2% (12) e as neurológicas 30,4% (7). Em agosto, também, a Hipertensão foi a mais frequente, 35,3% (6) e houve significância estatística da presença das

doenças Cardiovasculares/Respiratórias nas 2 coletas ( $p=0,046$ ). A doença neoplásica foi a menos freqüente 5,9% (1) no mês de agosto, não sendo encontrada em maio (Apêndice 1).

Neste estudo, dos 40 idosos com UP, 39,1% (9) na primeira coleta e 41,2% (7) na segunda coleta apresentavam como fator de risco para UP a incontinência urinária (Tabela 10).

**TABELA 10- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão, em relação a incontinência urinária**

Incontinência urinária	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Sim</b>	9	39,1	7	41,2
<b>Não</b>	14	60,9	10	58,8
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher ( $p= 1, 000$ )

Na casuística estudada, dos idosos com UP, 30,4% (7) e 23,5% (4) apresentavam incontinência anal nos meses de maio e agosto respectivamente (Tabela 11).

**TABELA 11- Distribuição dos idosos com úlcera por pressão, em relação a incontinência anal**

Incontinência anal	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Sim</b>	7	30,4	4	23,5
<b>Não</b>	16	69,6	13	76,5
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher ( $p= 0, 730$ )



Na Tabela 12 observa-se que 78,3% e 76,5% dos idosos apresentavam uma UP, sendo bem menor a parcela de idosos com duas úlceras (13% em maio e 23% em agosto), e menor com 3 UP (8,7% no mês de maio).

**TABELA 12- Distribuição dos idosos quanto ao número de úlceras por pressão**

Número de UP	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>1</b>	18	78,3	13	76,5
<b>2</b>	3	13,0	4	23,5
<b>3</b>	2	8,7	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

O número de úlceras observadas nos 23 idosos em maio foi igual a 30. A maioria (78,3%) estava localizada na região sacral, 17,4% em outras regiões, como a lateral do pé e maléolo, 12,9% no calcâneo direito, 8,6% no calcâneo esquerdo, 4,3% no trocanter direito, 4,3% no trocanter esquerdo e 4,3% em ísquio direito (Tabela 13).

Em agosto, das 21 UP observadas nos 17 idosos, 64,7% (11) estavam localizadas na região sacral, seguidas de 17,7% (3) no trocanter esquerdo e em outras regiões (região lateral do pé e maléolo lateral), 5,9% (1) no calcâneo direito e calcâneo esquerdo (Tabela 14).

**TABELA 13- Distribuição dos Idosos segundo a presença de UP em relação à localização e estágio, na coleta de maio**

Região	Maio										Total (Idosos)	
	Classificação											
	Estágio I (pré-úlceras)		Estágio II		Estágio III		Estágio IV		Ausência		n	%
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sacral	2	8,7	12	52,2	2	8,7	2	8,7	5	21,7	23	100,0
Trocânter D	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	22	95,7	23	100,0
Trocânter E	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	22	95,7	23	100,0
Ísquio D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	22	100,0	23	100,0
Ísquio E	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	100,0	23	100,0
Calcâneo D	1	4,3	1	4,3	1	4,3	0	0,0	20	87,1	23	100,0
Calcâneo E	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	4,3	21	91,4	23	100,0
Outras regiões	1	4,3	3	13,1	0	0,0	0	0,0	19	82,6	23	100,0

(D= direito; E= esquerdo)

**TABELA 14- Distribuição dos Idosos segundo a presença de UP em relação à localização e estágio, na coleta de agosto**

Região	Agosto										Total (Idosos)	
	Classificação											
	Estágio I (pré-úlceras)		Estágio II		Estágio III		Estágio IV		Ausência		n	%
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sacral	2	11,8	5	29,4	3	17,6	1	5,9	6	35,3	17	100,0
Trocânter D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0	17	100,0
Trocânter E	2	11,8	1	5,9	0	0,0	0	0,0	14	82,3	17	100,0
Ísquio D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0	17	100,0
Ísquio E	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	15	88,2	17	100,0
Calcâneo D	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	16	94,1	17	100,0
Calcâneo E	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	16	94,1	17	100,0
Outras regiões	1	5,9	1	5,9	1	5,9	0	0,0	14	82,3	17	100,0

(D= direito; E= esquerdo)

Na Tabela 15, verifica-se que 78,3% (18) e 52,9% (9) dos idosos com UP apresentaram alto risco para esta ocorrência nas coletas 1 e 2, respectivamente. Porém, não foi verificada diferença estatística significativa ( $p=0,644$ ) nas distribuições dos escores totais de Braden equivalentes às duas coletas. O mesmo ocorreu nas seis sub-escalas (Apêndice 1).

**TABELA 15- Medidas descritivas dos escores dos idosos com UP obtida pela Escala de Braden**

<b>Risco na Escala de Braden</b>	<b>Maio</b>		<b>Agosto</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alto risco</b>	18	78,3	9	52,9
<b>Risco moderado</b>	3	13,0	7	41,2
<b>Risco brando</b>	2	8,7	1	5,9
<b>Média*</b>	10,30		10,76	
<b>Desvio padrão</b>	2,81		2,80	
<b>Mínimo</b>	7		7	
<b>Máximo</b>	18		15	
<b>Mediana</b>	10		9	

\*Teste t de Student= -0,465 (p=0,644)

**DISCUSSÃO**

## 6. DISCUSSÃO

O Brasil tem cerca de 20 milhões de idosos, correspondendo a 10,5% de todos os brasileiros. Nos próximos 20 anos essa população poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas, e deverá representar quase 13% da população ao final deste período (IBGE, 2008).

O acelerado ritmo de envelhecimento no Brasil cria novos desafios para a sociedade brasileira contemporânea, ainda mais que esse processo ocorre num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares. Com o crescimento dessa população idosa e dependente de cuidados especiais, as instituições destinadas a prestar assistência se tornam cada vez mais necessárias (CARVALHO & GARCIA, 2003; PEREIRA *et al.*, 2005; HORN *et al.*, 2005).

Os profissionais que trabalham com o processo do envelhecimento nas mais diversas áreas de saúde (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros) procuram proporcionar, em todos os níveis de atenção à saúde, o bem estar bio-psico-social dos idosos institucionalizados, potencializando suas funções globais, a fim de obter maior independência, autonomia e melhor qualidade para essa fase de vida (PEREIRA *et al.*, 2005; CAPON *et al.*, 2007).

Segundo o Manual de Funcionamento da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, esse tipo de atendimento deve ser realizado em locais com infra-estrutura física adequada e equipados para proporcionar cuidado, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Esses locais devem produzir um ambiente residencial, mantendo as

características de um lar. Não devem ser marcados pelo isolamento, afastados da vida urbana, nem constituir espaço de uniformização da vida de seus usuários (SBGG, 2003).

Os idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado, maior nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidades física e mental, ausência de familiares para ajudar no autocuidado e insuficiência de suporte financeiro. Estes fatores contribuem para a grande frequência de limitações físicas e comorbidades, refletindo em sua independência e autonomia. O novo paradigma de saúde do idoso brasileiro é como manter a sua capacidade funcional, mantendo-o independente e preservando a sua autonomia. O idoso institucionalizado e a entidade que o abriga, geralmente não conseguem arcar sozinhos com a complexidade e as dificuldades da senescência e/ou senilidade, no entanto, o prolongamento da vida não é uma atitude isolada (DOMINI, 2005; PEREIRA *et al.*, 2005; CAPON *et al.*, 2007).

Pacientes institucionalizados representam um grupo frágil da população, caracterizado por condições clínicas complexas, múltiplas doenças, incapacidades, desnutrição e declínio cognitivo (DIJK *et al.*, 2005; SOUZA & SANTOS, 2007). Em estudo na Itália foi constatado que 36% dos idosos institucionalizados tinham três ou mais doenças crônicas, e a mortalidade apresentou elevada nestas instituições (CAPON *et al.*, 2007).

A ocorrência de UP é realidade em vários locais de assistência à saúde, sendo frequentemente encontradas em pacientes graves hospitalizados ou com doenças crônicas, em locais de institucionalização por longos períodos (SOUZA & SANTOS, 2007). Na população estudada as doenças mais frequentes nos idosos institucionalizados foram cardiovasculares, neurológicas e psiquiátricas (72,5%), seguida de

hipertensão arterial sistêmica (47,7%), demência senil (22,5%), doença de Alzheimer (15%), *Diabetes Mellitus* (12,5%) e neoplasia (2,5%). Deve-se ressaltar que alguns idosos apresentavam mais de uma doença

Nos EUA, cerca de 25% do custo anual para o tratamento de feridas crônicas são para cuidados domiciliares e as UP ocorrem em 23% desses pacientes (REES & BASHSHUR, 2006; NPUAP, 2007). No Brasil, o conhecimento de dados relacionados ao custo do tratamento da UP faz-se importante e necessário, embora este índice ainda não esteja quantificado (BLANES *et al.*, 2004; BARROS & GUEDES, 2005; FERREIRA *et al.*, 2007).

Estudos mostram prevalência de UP que varia entre 7% a 23% em casas de repouso e cuidados domiciliares (ALLMAN, 1989, BRANDEIS *et al.*, 1990; LANGEMO *et al.*, 1990; HANSON *et al.*, 1991; SMITH, 1995; NPUAP, 2007). No Brasil, autores avaliaram os fatores de risco para o seu desenvolvimento em idosos residentes em quatro instituições de longa permanência em Minas Gerais e identificaram incidência de 39,4% (SOUZA & SANTOS, 2007). A prevalência de UP neste estudo foi de 10,95%.

As doenças associadas a deficiências neuro-motoras e músculo-esqueléticas limitam o estilo de vida do idoso, o autocuidado, as atividades, certamente interferindo na percepção sensorial, mobilidade, atividade, nutrição e umidade, que são considerados os principais fatores de risco para UP (BERGSTROM *et al.*, 1987; BRADEN & BERGSTROM, 1994; BLÜMEL *et al.*, 2004; BARROS & GUEDES, 2005; BORGES, 2007; CAPON *et al.*, 2007).

Muitas dessas feridas poderiam ser evitadas se os profissionais de saúde tivessem conhecimento da função e características da pele do idoso

com todas as suas peculiaridades, assim como dos pré-requisitos para a prevenção eficaz e para melhor qualidade do cuidado. Fazer diagnósticos precoces, orientar tratamentos por protocolos institucionais adequados e, principalmente, voltados para a prevenção, além do custo e benefício, proporcionaria maior sobrevivência do idoso residente e melhor qualidade de vida (BLANES *et al.*, 2004; LAHMANN *et al.*, 2006; SOUZA & SANTOS, 2007; CAPON *et al.*, 2007; FERREIRA *et al.*, 2007).

As UP caracterizam-se por serem lesões insidiosas que causam sérios danos e aumentam o índice epidemiológico de mortalidade e morbidade (infecções, dor, depressão, cirurgias e outros), aumentando o tempo de hospitalização, acrescentando-se as implicações financeiras para o sistema de saúde, governo e familiares (DAROUICHE *et al.*, 1994; GEBHARDT *et al.*, 1996; DOMINI *et al.*, 2005; REES & BASHSHSHUR, 2007; CAPON *et al.*, 2007; SOUZA & SANTOS, 2007; GALHARDO *et al.*, 2008). Entre pacientes geriátricos e em cuidado domiciliar, as UP estão associadas com o aumento da taxa de mortalidade no primeiro ano de moradia (ALLMAN *et al.*, 1986; BRANDEIS *et al.*, 1990; WINKLER, 1990; DIJK *et al.*, 2005).

Quatro instituições tinham um profissional enfermeiro, e uma instituição, dois. A assistência de enfermagem era sistematizada em cinco instituições. Todas tinham, na equipe multidisciplinar, o auxiliar e o técnico de enfermagem, o fisioterapeuta, o nutricionista e o médico.

Estudos demonstram que uma boa assistência ao paciente pelo profissional de saúde qualificado pode diminuir a ocorrência de UP. A diminuição da equipe de enfermagem pode comprometer a qualidade da assistência, havendo maior risco de desenvolver úlcera por pressão (HORN *et al.*, 2005; CAPON *et al.*, 2007). Houve uma diminuição do índice de



prevalência de UP com o aumento do número de profissionais do nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) nas instituições A, B, E e F, na segunda coleta, e este fator pode estar relacionado à melhora da assistência como resultado do impacto da visita pela pesquisadora, o que não é possível afirmar por não ter sido mensurado este aspecto.

Neste estudo houve predomínio do gênero feminino (87,5%), e alguns estudos envolvendo idosos, também referem o gênero feminino como predominante (BRANDEIS *et al.*, 1990; GUNNINGBERG, 2004; LAHMANN *et al.*, 2006; CAPON *et al.*, 2007; SOUZA & SANTOS, 2007). De acordo com o IBGE, a maioria dos idosos no Brasil, é do gênero feminino. Existe maior expectativa de vida entre as mulheres em relação aos homens, independente da idade (LYONS *et al.*, 2004). Em estudo multicêntrico na cidade de São Paulo houve maior proporção de mulheres (58,6%) em relação a homens (41,4%) na população idosa (LEBRÃO & LAURENTI, 2005).

Neste estudo a cor branca da pele foi predominante (95%). É sabido que a estrutura da pele varia com a cor. A pele negra é mais resistente à agressão externa pela umidade e fricção, devido a camada de estrato córneo ser mais compacta (MAKLEBUST & SIEGGREEN, 2001).

Existe, também, dificuldade em identificar as pré-úlceras em indivíduos da cor negra, o que pode ter contribuído para ser subestimado o número de úlcera por pressão nesta população (BLANES *et al.*, 2004; GUNNINGBERG, 2004; ROGENSKI & SANTOS 2005; LAHMANN *et al.*, 2006).

A idade dos idosos estudados nas instituições avaliadas variou de 65 a 100 anos com média de 84 anos (Apêndice 2). Não foi encontrada associação significativa entre idade mais avançada e a ocorrência de UP,

corroborando os achados dos estudos dos autores (GUNNINGBERG, 2004; LAHMANN *et al.*, 2006; SOUZA & SANTOS, 2007).

Com a senescência, a pele do idoso apresenta uma série de alterações resultantes de fatores genéticos, patológicos ou de fatores ambientais (SOUZA & SANTOS, 2007). A epiderme é mais fina, é menor o número de células basais. Na derme, os fibroblastos produzem menor quantidade de colágeno do tipo I, interferindo nas propriedades mecânicas da pele, como a força tênsil, resistência, elasticidade e extensibilidade. A degeneração dos pequenos vasos sanguíneos, a percepção alterada da dor e a diminuição da resposta inflamatória tornam os idosos mais vulneráveis à injúria, com maior probabilidade de doenças crônicas e trauma tecidual (DEALEY, 1996; SAMPAIO & RIVITTI, 2001; NASCIMENTO, 2001; CAPON *et al.*, 2007).

A permanência dos idosos na ILPI variou de um mês a 132 meses, com média de 32 meses. O idoso que tinha 120 meses de moradia e estava presente na primeira coleta, não se encontrava na segunda coleta e o idoso com 132 meses, na segunda coleta não se encontrava na primeira coleta, pois estava hospitalizado. Sabe-se que o tempo de internação tanto em hospital como em ILPI pode ser prolongado, aumentando o risco de desenvolver UP. O estudo de ALLMAN (1989) mostra que a incidência de UP em pacientes acamados por mais de três semanas foi de 7,7%, mas entre os pacientes com idade acima de 70 anos foi de 50%.

Estudos revelam que a úlcera por pressão ocorre com maior frequência quando o paciente está institucionalizado (GUNNINGBERG, 2004; LAHMANN *et al.*, 2006). No presente estudo, os idosos institucionalizados também tiveram mais UP após admissão nas ILPI,

sendo que 8 idosos (2%) já foram internados com UP e 32 (98%) desenvolveram durante a internação.

O escore de risco de desenvolver UP, segundo a Escala de Braden, variou de 7 a 18, com média de 10,5. O escore para alto risco esteve presente em 67,5% dos idosos com UP (Apêndice 2). Este resultado é de suma importância, pois se faz necessária avaliação diária sistemática, com escalas validadas, como exemplo a Escala de Braden, e propor medidas preventivas para os idosos com risco de desenvolver UP (BERGSTROM & BRADEN, 1992; PARANHOS & SANTOS, 1999; BERGQUIST & FRANTZ, 2001; BLÜMEL *et al.*, 2004; LAHMANN *et al.*, 2006; CAPON *et al.*, 2007).

Os medicamentos mais usados pelos idosos foram vitaminas, antiácidos, vasodilatadores cerebrais, sulfato ferroso, antiagregante plaquetário, antihipertensivos, ansiolíticos, antidepressivos, hipoglicemiantes e analgésicos. Sabe-se que o uso contínuo de alguns medicamentos, embora necessários, podem contribuir para o desenvolvimento de UP. Os sedativos e analgésicos, por exemplo, reduzem a sensação de dor, mas prejudicam a mobilidade. Os agentes hipotensores, por outro lado, podem afetar o fluxo sanguíneo, reduzindo a perfusão dos tecidos e tornando-os mais susceptíveis à pressão (FERNANDES & CALIRI, 2000; BLANES *et al.*, 2004; ROGENSKI & SANTOS, 2005 ).

As localizações de UP mais frequentes neste estudo foram as regiões sacral, trocantérica, isquiática e calcânea. O decúbito dorsal adotado por muitos idosos institucionalizados exerce maior pressão na região sacral. A posição lateral ou sentada em cadeira, associada ao comprometimento da mobilidade, contribuem para o desenvolvimento de UP nas regiões do trocânter e ísquio (SCHUE & LANGEMO, 1999; LEDUC, 2002; BLANES

*et al.*, 2004; GUNNINGBERG, 2004; ROGENSKI & SANTOS 2005; LAHMANN *et al.*, 2006).

Quanto ao estadiamento das UP, 50% das úlceras estavam no estágio II. Autores revelam que 70% a 80% de todas as úlceras estão no estágio I ou II, porém as UP no estágio I, muitas vezes não são consideradas por alguns profissionais de saúde, por não haver lesão de pele (BRANDEIS *et al.*, 1990; SCHUE & LANGEMO, 1999; BERGQUIST & FRANTZ, 1999; BLANES *et al.*, 2004; GUNNINGBERG, 2004; LAHMANN *et al.*, 2006; SOUZA & SANTOS, 2007). Neste estudo foi considerada UP no estágio I, sendo identificadas 9 (17,5%).

A umidade é um fator de risco para o desenvolvimento de UP, ao acarretar a diminuição da tolerância tissular. A umidade da pele está relacionada a complicações como a incontinência urinária e anal e a transpiração excessiva. A umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais vulnerável às lesões, principalmente, quando associada à imobilidade, fricção e ao cisalhamento (BERGSTRON *et al.*, 1987; BRYANT *et al.*, 1992; MAKLEBUST, 1997; GUNNINGBERG, 2004; BLANES *et al.*, 2004; SOUZA & SANTOS, 2007).

A incontinência urinária e anal além de contribuírem para o desenvolvimento de UP, devido à umidade freqüente e o conteúdo fecal ser cáustico a pele, constituem situações clínicas que demandam abordagens e conduta terapêutica, pois a perda do controle esfinteriano tem grande impacto psicológico e social, sendo uma condição embaraçosa e com alterações nas atividades da vida diária e de relação interpessoal, sendo muitas vezes o motivo principal da institucionalização dos idosos (BLANES, PINTO, SANTOS, 2001; SOUZA & SANTOS, 2007).

A subescala umidade foi o item que apresentou o pior escore, dentre os demais. Neste estudo, 40% dos idosos com UP tinham incontinência urinária e 27,5% incontinência anal, caracterizando uma amostra com risco aumentado para desenvolvimento de UP. Mais da metade destes idosos tiveram escores baixos em todas as subescalas da Escala de Braden, considerando como pior item a pontuação 1 e 2 (Apêndice 1).

A percepção sensorial diminuída, associada à menor mobilidade, faz com que o idoso não tenha reação à pressão, e tenha mais suscetibilidade à fricção e cisalhamento, tornando-se mais vulnerável a UP, sendo considerado paciente de alto risco para desenvolver UP pela Escala de Braden (SOUZA & SANTOS, 2007).

A presença da UP é uma importante causa para piora da qualidade de vida do idoso, muitas vezes agravando outros problemas de saúde, causando sofrimento e, conseqüentemente, aumentando o tempo de internação, a necessidade de cuidado de enfermagem, como também o custo do tratamento (ESCOBAR, 1998; GALHARDO *et al.*, 2008).

As seis instituições avaliadas neste estudo possuíam estrutura física para o acolhimento dos idosos, usavam colchão piramidal para os acamados e a mudança de decúbito era realizada a cada duas ou três horas. As mudanças de decúbito a cada duas/quatro horas são realizadas dependendo do uso ou não de superfícies redutoras, embora o fato de que o intervalo exato de mudanças de posição, para prevenção de UP, seja ainda desconhecido (THOMAS, 2006; BORGES, 2007). Todas utilizavam dispositivos para auxiliar no alívio da pressão como almofadas e protetor de espuma para calcâneo. As almofadas utilizadas em cadeira eram de gel, espuma ou de água. A hidratação da pele nos idosos incontinentes era

realizada uma vez ao dia e sempre que necessário. Nenhuma instituição utilizava escala de risco de UP.

Fazem-se necessárias medidas de prevenção de UP, com protocolos utilizando escala validada de risco para desenvolver UP e implementação de medidas preventivas, no intuito de melhorar a assistência ao idoso institucionalizado. A educação é base de qualquer programa preventivo. Medidas de prevenção devem incluir o paciente, a família, equipe multidisciplinar e os profissionais responsáveis pelo cuidado.

Tem-se, como perspectivas, o estudo de incidência de úlceras por pressão nas ILPI avaliadas, a realização de programas de prevenção de úlceras por pressão, e o estudo da prevalência de úlceras por pressão em ILPI de outras regiões da cidade de São Paulo.

**CONCLUSÃO**

## **7. CONCLUSÃO**

A Prevalência de úlcera por pressão nas Instituições de Longa Permanência para Idosos pesquisadas na Zona Oeste do Município de São Paulo é de 10,95%.



## **REFERÊNCIAS**

## 8. REFERÊNCIAS

Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. N Engl J Med. 1989; 320(13): 850-3.

Barros MCD, Guedes MTS. Prevalência de úlcera por pressão em idosos em uma empresa domiciliar. Enf Bras. 2005; 4(2): 75-80.

Bergquist S, Frantz R. Pressure ulcer in community-based older adults receiving home health care prevalence, incidence and associated risk factors advancer. Adv Wound Care. 1999; (12): 139-51.

Bergquist S, Frantz R. Braden Scale: validity in community-based older adults receiving home health care. Appl Nurs Res. 2001; 14:36-43.

Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Bennett MA, Carlson CE, Frantz RA. Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline. N.15. Rockville, MD. US. Department of Health and Human Services. Public Health Services. Agency for health care policy and research. AHCPR Publication, n. 95-0653. Mai. 1996.

Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predictng pressure sore risk. Nurs Res. 1987; 36(4): 205-10.

Bergstrom N, Braden BJ. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *JAMA*. 1992; 40:747-58.

Bergstrom N, Braden BJ. Pressure ulcer treatment. Clinical practice guideline. Quick reference guide for clinicians, n.15. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services. Publication n°. 95-0653, Dec, 1994.

Bergstrom N, Braden BJ, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *JAGS*. 1996; 44(1): 22-30.

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. *Bioestatística*. São Paulo. EPU, 1981.

Blanes L, Pinto RCT, Santos VLCG. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. *Br J Urol*. 2001; 27 (3): 281-8.

Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Clinical and epidemiologic evaluation of pressure ulcers in patients at the Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2): 182-7.

Blümel JE, Tirado K, Schiele C, Schönfeldt G, Sarné S. Prediction of pressure ulcer development in elderly women using the Braden Scale. *Rev Med Chil*. 2004; 132(5): 595-600.

Braden BJ, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing population. *Res Nurs Health*. 1994; 17(6):459-70.

Borges EL, Sarr SRC, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VLAN. Feridas como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2007. p.189-223.

Brandeis GH, Morris JN, Nash DJ, Lipisit L. The epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home residents. *JAMA*. 1990; (264): 2905-9.

Bryant RA, Shannon MI, Piepeer B, Braden BJ, Morris DJ. Pressure ulcers: In: Bryant RA. *Acute and chronic wounds: nursing management*. Missouri: Mosby; 1992. p.105-63.

Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Lallo DD. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs*. 2007; 58(3): 263-72.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 725-33.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.

Costa RF, Melo FRM. Prevalência de úlcera por pressão e fatores de risco relacionados em idosos do Programa de Atenção à Saúde do Idoso. *XVI CBGG Supl*. 2008; 2:284.

Darouiche RO, Landon GC, Klima M, Mussler DM, Markowski J. Osteomyelitis associated with pressure sores. *Arch Inter Med*. 1994; 154: 753-8.

Dealey C. O tratamento de pacientes com feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1996. p.83-126.

Dijk PT, Mehr, Ooms ME, Madsen R, Petroski G, Frijters DH, Pot Am Ribbe MW. Comorbidity and 1- year mortality risks in nursing home residents. *JAGS*, 2005; 55(4): 660-5.

Domini LM, De Felice MR, Tagliaccica A, De Bernardini L, Cannella. Comorbidity, frailty and evolution of pressure ulcers in geriatrics. *Med Sci Monit*. 2005; 11(7): 326-36.

Eriksson E, Hietonen H, Asko-Seljavaara S. Prevalence and characteristics of pressure ulcers. A one day patient population in a Finnish city. *Clin Nurse Spec*. 2000; 14(3): 119-25.

Escobar BMA. Úlceras por pression em atencion primaria: frecuencia y características. Rev Enf. 1998; 21(237): 55-8.

Frantz RA. Measuring prevalence and incidence of pressure ulcers. Adv Wound Care. 1997; 10(1): 21-4.

Fernandes LM, Caliri MHL. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados – uma revisão integrativa de literatura. Rev Paul Enf. 2000; 19(2): 25-31.

Ferreira LM, Calil JA, Martino M, Aloe RC. Úlcera por pressão. In: Ferreira LM et al. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Manole; 2007. p.501-11.

Galhardo VAC, Blanes L, Magalhães MG, Ferreira LM. Qualidade de vida e depressão em idoso com úlcera por pressão. EWMA Journal (suppl). 2008; 8(2):61.

Gebhardt KS, Bliss MR, Winwright PL, Thomas JM. Pressure relieving supports in an ICU. J Wound Care. 1996; 5:116-21.

Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish health-care settings. J Wound Care. 2004; 13(7): 286-90.

Hanson D, Langemo DK, Olson B, Hunter S, Sauvage TC, Burd C, Silberberg TC. The prevalence and incidence of pressure ulcers in the hospice setting: analysis of two methodologies. *Am J Hosp Palliat Care*. 1991; (8): 18-22.

Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, Smout RJ. RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents: pressure ulcers and other adverse outcomes are less likely as RNs spend more time on direct patient care. *Am J Nurs*. 2005; 105(11):58-70.

IBGE [sitio na Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2006 [citado 2008 Março 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo>

Juan EBM, Karina TG, Tirado G, Claudia SM, Gabriela SF, Salvador SCI. Validez de Escala de Braden para predecir úlceras por presión femenina. *Rev Med Chil*. 2004; (132): 595-600.

Kligman A. O envelhecimento da cabeça aos pés. In: Hayflick L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p.160-2.

Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen. Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency and ulcer characteristics. *Ostomy Wound Manage*. 2006; 52(2): 20-3.

Langemo DK, Olson B, Hunter S. Prevalence of pressure ulcers in five patients care settings. *J Enterostomal Ther.* 1990; 17(5): 187-92.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2): 127-41.

Leduc MMS. Imobilidade e síndrome da Imobilização. In: Freitas EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.645-53.

Lyons WL, Johnston CB, Covinsck KE, Resnick NM. Medicina geriátrica In: Tierney Jr LM, Mcphee JS, Papadakis MA. *Diagnóstico & tratamento.* São Paulo: Atheneu. 2004. p. 47.

Malklebust J. Pressure ulcer: Decreasing risk for old adult. *Geriatr Nurs.* 1997; 18(6): 250-4.

Malklebust J, Sieggreen M. Pressure ulcer: guidelines for prevention and nursing management. Springhouse Corporation. 2001.

Nascimento LV. Dermatologia do idoso. In: Cucé LC, Festa CN. *Manual de dermatologia 2ed.* São Paulo: Atheneu; 2001. p.537-42.



National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer stages revised by NPUAP. USA [homepage on the internet]. 2007 [cited 2008 jul 11]. Available from: [http:// www.npuap.org](http://www.npuap.org)

OMS. Organização Mundial de Saúde. Direito do Idoso. São Paulo [sitio na Internet]. 1994 [citado 2006 dez 17]; art 2<sup>a</sup>, lei 8.842. Disponível em: <http://www.oms.org.com>. 2002 [citado 2006 set 30]. Available from: <http://www.paho.org>

PAHO. Pan American Health Organization. Plan de acción en saludy envejecimento: los adultos mayores en las Américas; Washington [homepage on the Internet]. 1999 [cited 2006 set 30]. Available from: <http://www.paho.org>

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. Rev Esc Enf USP. 1999; (33): 191-206.

Pereira LSM, Brito RR, Pertence EC, Guerra VA. Programa melhoria da qualidade de vida do idoso institucionalizado. SIEX Brasil:17805, 8<sup>o</sup> Encontro de Extensão de UFMG BH(MG). 2005.

Ramos LR. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: SABE-Saúde, bem-estar e envelhecimento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.p. 35-43.

Rees RS, Bashshur NMHSA. The effects of telewound management on use of service and financial outcomes. *Telemed J E Health*. 2007; 13(6): 663-74.

Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a Prevalência e a Incidência de Úlceras de Pressão em um Hospital Universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(4): 474-80.

Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p.937-41.

Schue RM, Langemo DK. Pressure Ulcer Prevalence and Incidence and a modification of the Braden Scale for a Rehabilitation Unit. *J WOCN*. 1999; 26(3): 121-9.

Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Inter Méd*. 1995;123(6):433-42.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento. Biênio 2002-2003.

Souza DM, Santos VLCG. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(5): 958-64.

Telarolli RJ, Cândido JMSM, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 1996; 30(5):485-98.

Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers. J Am Med Dir Assoc; 2006. p.46-59.

Winkler J. The management of the pressure ulcer population in an extend care setting. In: Krasner D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. Pennsylvania: Health Management Publication. 1990; 19:170-5.

**NORMAS ADOTADAS**

## **NORMAS ADOTADAS**

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [homepage na Internet]. Vancouver (CA); [atualizada em 2007 Oct; [acesso em 2007 Dec 17]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

Ferreira ML, Goldemberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PBE, Blanes L, Bretos JLG. Orientação Normativa para Elaboração e Apresentação de Teses. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo; 2008. 91p.

**ABSTRACT**

## ABSTRACT

**Introduction:** Pressure ulcer (PU) is a serious concern which affects the geriatric population. More than 50% of the patients with PU age 70 years or more and PU are associated with an increase on the geriatric death rate, affects social interaction, decreases life quality, cause a huge economic impact due to its expensive treatment. **Objective:** To identify the prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in the West Side of São Paulo. **Methods:** Demographic and clinical data were collected by the author in six long-stay institutions for the elderly (LSIE) in São Paulo, on two single-day visits to each institution (one in May and another in August 2007), during which all elderly patients were examined for the presence of pressure ulcers. Pressure ulcers were classified, and pressure ulcer risk was assessed using the Braden scale. Statistical analysis was performed using Pearson's chi-square test, Student's t-test and Fisher's exact test. **Results:** There were a total of 181 elderly residents at the six participating LSIE in May of which 23 had pressure ulcers, and 184 elderly residents in August of which 17 had pressure ulcers. Pressure ulcer prevalence was 12.7% in May and 9.2% in August with a mean of 10.95%. The average age of the patients was 84 years, and their average length of stay in the institutions was 32 months. Pressure ulcers were found mainly in the sacral region (mean, 71.5%), and the most common stage was stage II (mean, 41%). Results also revealed that 40% of the patients had urinary incontinence, and 27% had fecal incontinence. **Conclusion:** The pressure ulcer prevalence among the elderly living in long-stay institutions in the West Side of São Paulo was 10.95%.

**APÊNDICES**



## APÊNDICE 1

**TABELA 16 - Idosos com UP segundo a ocorrência de doenças**

Doenças	Maio						Agosto					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hipertensão</b>	13	56,5	10	43,5	23	100	6	35,0	11	64,7	17	100
<i>Diabetes Mellitus</i>	3	13,0	20	87,0	23	100	2	11,8	15	88,2	17	100
<b>Neoplasia</b>	0	0,0	23	100	23	100	1	5,9	16	94,1	17	100
<b>Demência senil</b>	5	21,7	18	78,3	23	100	4	23,5	13	76,5	17	100
<b>Alzheimer</b>	5	21,7	18	78,3	23	100	1	5,9	16	94,1	17	100
<b>Neurológica</b>	7	30,4	16	69,6	23	100	4	23,5	13	76,5	17	100
<b>Cardiovascular/Respiratória</b>	12	52,2	11	47,8	23	100	3	17,6	14	82,4	17	100
<b>Psiquiátrica</b>	0	0,0	23	100	23	100	3	17,6	14	82,4	17	100
<b>Outras*</b>	7	30,4	16	69,6	23	100	5	29,4	12	70,6	17	100

\*Outras: Reumatismo, Deficiências Oftalmológicas e Otológicas  
 Teste exato de Fisher

**TABELA 17 – Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Nutrição**

Nutrição	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Muito pobre (1)</b>	0	0,0	1	5,9
<b>Provavelmente inadequada (2)</b>	14	60,9	10	58,8
<b>Adequada (3)</b>	9	39,1	6	35,3
<b>Excelente (4)</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher. (p= 0,714)

**TABELA 18 – Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Percepção sensorial**

Percepção sensorial	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Totalmente limitado</b>	3	13,1	0	0,0
<b>Muito limitado</b>	9	39,1	10	58,8
<b>Levemente limitado</b>	10	43,5	6	35,3
<b>Nenhuma limitação</b>	1	4,3	1	5,9
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher (p= 0,395)

**TABELA 19 – Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Umidade**

Umidade	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Completamente molhada</b>	9	39,1	5	29,4
<b>Muito molhada</b>	11	47,9	11	64,7
<b>Ocasionalmente molhada</b>	3	13,0	1	5,9
<b>Raramente molhada</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher ( p= 0,569)

**TABELA 20 – Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Atividade**

Atividade	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Acamado</b>	18	78,4	10	58,8
<b>Confinado a cadeira</b>	4	17,4	7	41,2
<b>Anda ocasionalmente</b>	1	4,3	0	0,0
<b>Anda frequentemente</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher ( p= 0,150)

**TABELA 21 – Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Mobilidade**

Mobilidade	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Totalmente imóvel (1)</b>	18	78,3	10	58,8
<b>Bastante limitado (2)</b>	4	17,4	7	41,2
<b>Levemente limitado (3)</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Não apresenta limitações (4)</b>	1	4,3	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

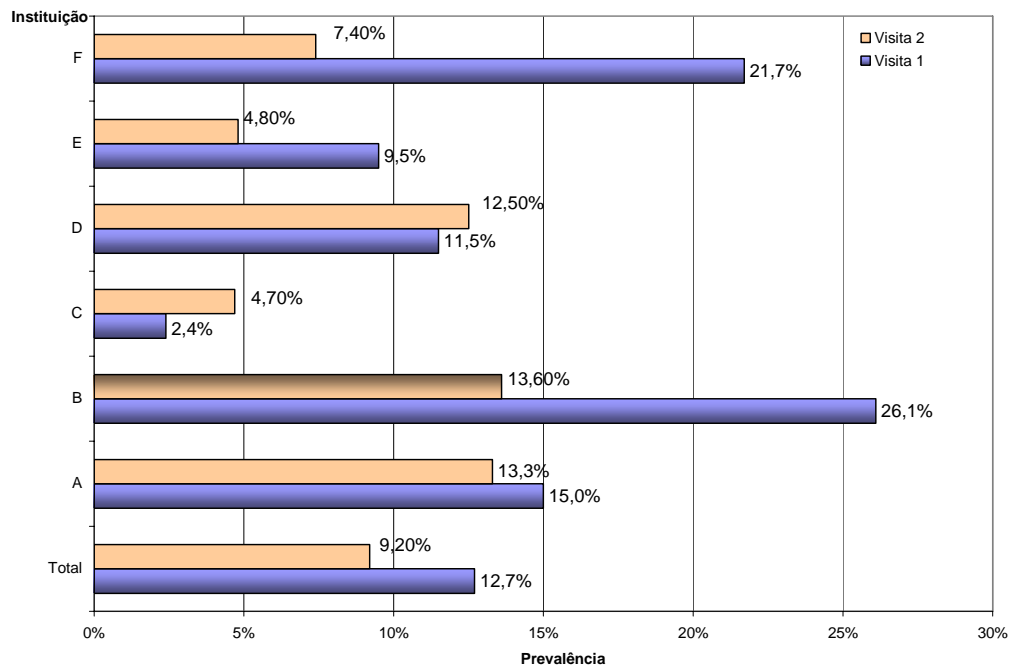
Teste exato de Fisher (p= 0,150)

**TABELA 22 – Distribuição dos idosos com UP quanto à Escala de Braden, item Fricção e Cisalhamento**

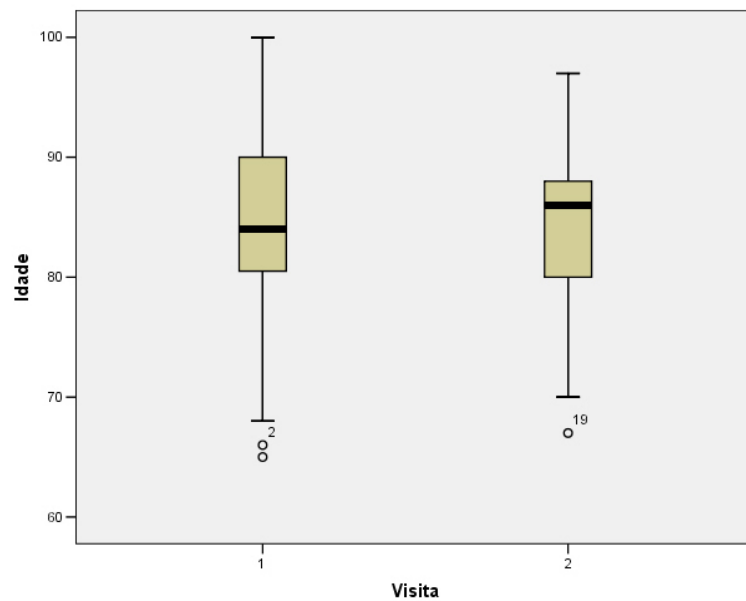
Fricção	Maio		Agosto	
	n	%	n	%
<b>Problema</b>	18	78,3	10	58,8
<b>Problema em potencial</b>	3	13,0	7	41,2
<b>Nenhum problema</b>	2	8,7	0	0,0
<b>Total</b>	23	100,0	17	100,0

Teste exato de Fisher (p= 0,063)

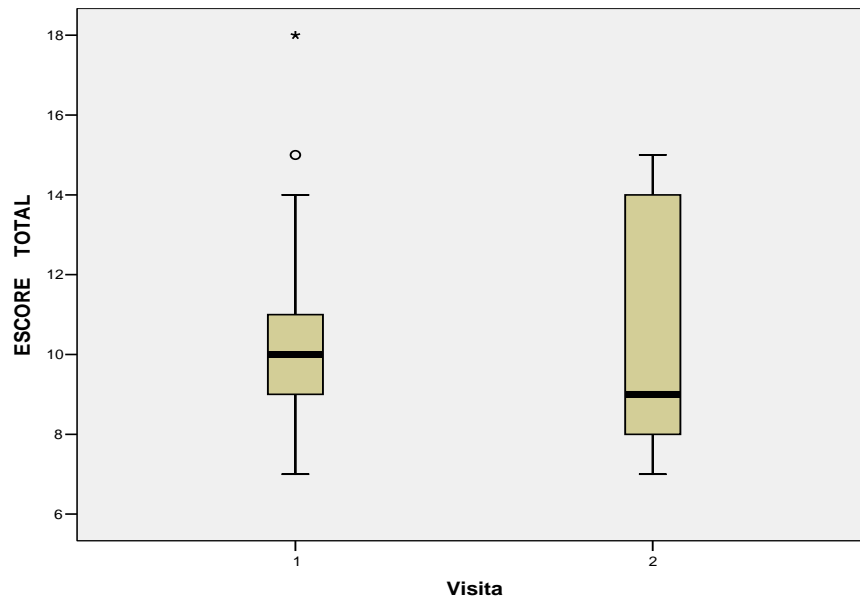
## APÊNDICE 2



**FIGURA 2- Prevalência de UP por instituição quanto as coletas**



**FIGURA 3 – Variação da idade dos idosos com UP nas duas coletas**



**FIGURA 4 – Distribuição dos idosos com UP, segundo o escore total obtido pela Escala de Braden**

## APÊNDICE 3

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)  
Nº TOTAL DE IDOSOS INTERNADOS E Nº DE IDOSOS COM ÚLCERA POR  
PRESSÃO (UP) NAS SEIS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS**

ILPI	Maio		Agosto	
	Nº idosos	Idosos c/ UP	Nº idosos	Idosos c/ UP
A	20	3	15	2
B	23	6	22	3
C	42	1	43	2
D	52	6	56	7
E	21	2	21	1
F	23	5	27	2
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>23</b>	<b>184</b>	<b>17</b>

## APÊNDICE 4

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data: -----/-----/-----      ILPI: -----  
 Data da admissão: -----/-----/-----      Tempo de internação:-----

#### 1. Dados demográficos

Nome: -----  
 Idade: -----      Gênero: ( ) M ( ) F      Cor: ( ) Branca ( ) Não branca  
 Causa da internação:-----

#### 2. Dados Clínicos

##### **Doenças Associadas:**

( ) Não ( ) Sim ( ) HAS ( ) DM ( ) Neoplasia ( ) Demência ( ) Alzheimer ( ) Outras

##### **Medicamento uso contínuo:**

( ) Antihipertensivo ( ) Ansiolítico ( ) Hipoglicemiante ( ) Analgésico ( ) Outros

##### **Tabagismo:**

( ) Não ( ) Sim

##### **Incontinência urinária:**

( ) Não ( ) Sim

##### **Incontinência Anal:**

( ) Não ( ) Sim

##### **Internado com UP:**

( ) Não ( ) Sim: ( ) Casa ( ) Hospital ( ) Outros

#### 3. Escore obtido pela Escala de Braden (em cada item e total)

Percepção Sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e Cisalhamento	Escore Total

#### 4. Local e Estadiamento das úlceras por pressão

Local / Estágio	I / Pré-úlcera	II	III	IV	indeterminado
Sacral					
Trocanter D					
Trocanter E					
Ísquio D					
Ísquio E					
Calcâneo D					
Calcâneo E					
Outros					

## CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO- NPUAP 2007

Estagio I	<p>Eritema que não desaparece a digito pressão, em pele intacta. A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras.</p>
Estagio II	<p>Perda parcial da espessura da pele envolvendo epiderme e derme. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se como uma abrasão, uma cratera rasa ou como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/ rompida ou aspecto de equimose. Este estágio não deve ser usado para descrever suspeita de lesão profunda, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.</p>
Estagio III	<p>Perda de toda espessura da pele com comprometimento ou necrose do tecido celular subcutâneo (esfacelo pode estar presente), porém sem exposição de osso, tendão, músculo ou fáscia muscular subjacente. A profundidade da úlcera por pressão em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subctâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em estágio III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.</p>
Estagio IV	<p>Perda de toda espessura da pele com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Freqüentemente, inclui deslocamento e túneis. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subctâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e /ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/ tendão é visível ou diretamente palpável.</p>





**ANEXOS**

# ANEXO I

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

ANEXO I  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 1 de novembro de 2006  
CEP 1596/06

Ilmo(a). Sr(a).  
Pesquisador(a) JULIETA MARIA FERREIRA CHACON  
Co-Investigadores: Leila Blanes; Bernardo Hochaman; Lydia Masako Ferreira (orientadora)  
Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo  
Patrocinador: Recursos Próprios.

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: "Prevalência de úlcera por pressão em casas de repouso na zona oeste de São Paulo".

**CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO:** Estudo clínico observacional transversal não randomizado.  
**RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE:** sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.  
**OBJETIVOS:** Verificar a prevalência de úlcera por pressão em casas de repouso na zona oeste de São Paulo.  
**RESUMO:** Serão incluídos todos os idosos de ambos os sexos, que estão residindo em casas de repouso na zona oeste de São Paulo. Será realizada coleta de dados utilizando-se um questionário que consta o número total de idosos internados na casa de repouso e o número de idosos com UP. Todos os idosos terão sua pele avaliadas no sentido de serem detectadas todas as úlceras, inclusive o estágio I, muitas vezes não sendo consideradas pelos profissionais de saúde por não haver aparente lesão de continuidade de pele. Os idosos com UP serão avaliados com intuito de serem registrados os dados demográficos e clínicos, classificação da UP segundo a NPUAP, utilização da Escala de Barden para ser avaliado o risco do paciente a desenvolver a UP e aplicação do Mini Exame Mental mediante entrevista para avaliação do estado cognitivo do idoso. Após a coleta dos dados os resultados serão tabulados em programa Excel, apresentando em números absolutos e porcentagem e posteriormente realizado a análise estatística.

**FUNDAMENTOS E RACIONAL:** Identificar os fatores de risco associados a UP para prevenção e tratamento.

**MATERIAL E MÉTODO:** descritos e apresentados os instrumentos para a coleta de dados.

**TCLE:** adequado.

**DETALHAMENTO FINANCEIRO:** sem financiamento específico R\$ 1710,00.

**CRONOGRAMA:** 06 meses.

**OBJETIVO ACADÊMICO:** mestrado.

**ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA:** 27/10/2007 e 21/10/2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo



**ANEXO II – LISTA DE ILPI  
FORCEDIDA PELA COVISA**

*SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária*

SUS - Sistema Único de Saúde  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Coordenação de Vigilância MUNICIPAL DA SAÚDE



01/09/2006

**RELATÓRIO DE ESTABELECIMENTOS SEGUNDO CRITÉRIOS**

Crerios: CNAE-Fiscal: [ 0516-2/99 , 8531-6/01 ]. Situação do CEVS: Ativo

Razão Social Endereço	CHPJ	Bairro	Nome de fantasia	CEP	Telefone	FAX	MUNICÍPIO
<b>CASA DE REPOUSO BALDI S/C LTDA</b> R. CURVAS 88 CNAE: 0516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	96224400100126	LAPA		05076-050 TIPO: ESTRUTURA	38337723	38346745	SÃO PAULO
<b>CASA DE REPOUSO MONTE MORESE</b> R. RISC. DE INDIATUBA 246 CNAE: 0516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde		ALTO DA LAPA		05083-680 TIPO: ESTRUTURA	38340036	38340036	SÃO PAULO
<b>CASA DE REPOUSO REBASCKE J<sup>o</sup> ZDADI LTDA</b> R. DR. ALIERS MARTINS TORRES 135 CNAE: 0516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	055624271000105	V. SÃO FRANCISCO		05352-050 TIPO: ESTRUTURA	3718-9277		SÃO PAULO
<b>CASA DE REPOUSO VISCONDE DE INDIATUBA</b> RUA LAURINDO DE BRITO 515 CNAE: 0516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	01937391000116	ALTO DA LAPA		05078-100 TIPO: ESTRUTURA	3641-1009	36411009	SÃO PAULO
<b>CASA DA ROSADA CASA DE REPOUSO LTDA</b> RUAÇÃO DA PASSEIGEN 185 CNAE: 0516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	71635445000196	ALTO DA LAPA		05087-000 TIPO: ESTRUTURA	38354661	*	SÃO PAULO
<b>CASA ROSADA CASA DE REPOUSO LTDA</b> AV. RENOÇCAN 2357 CNAE: 0516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	62375172000138	JARDIM AMÉRICA	CASA ROSADA	05401-100 TIPO: ESTRUTURA	30625193	30129193	SÃO PAULO

05658353000105003	05016-090	3862-9933	SÃO PAULO
CENTRO DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA EDUARDO LEITE BACURI	PERDIZES		
AV. SUMARÉ 67	CEVS: 355030801-851-007572-1-7	TIPO: ESTRUTURA	
CNAE: 8516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde			
01473785000182	05412-001	30818767	SÃO PAULO
CLÍNICA BRASILLIANO LONGMAN SC. LTDA.	PINHEIROS		
RUA JOÃO MODRA 647	CEVS: 355030890-851-000259-1-7	TIPO: ESTRUTURA	
CNAE: 8516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde			
73347312000140	05444-080	67273743	SÃO PAULO
LAREIRA LAR IDEAL PARA SENHORAS PENSTONATO LTDA-ME	PINHEIROS		
RUA DOS MACUNIS 166	CEVS: 355030890-851-002016-1-8	TIPO: ESTRUTURA	
CNAE: 8516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde			
60597044002035	05564-100	37820888	SÃO PAULO
LIGA DAS SENHORAS CATÓLICAS DE SÃO PAULO	JD. EDUCANDÁRIO		
AV. ENG. HEITOR ANTONIO EIRAS GARCIA 5531	CEVS: 355030801-851-004059-1-4	TIPO: ESTRUTURA	
CNAE: 8516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde			
53371308000100	05005-000	38627273	SÃO PAULO
RESIDENCIAL PERDIZES S/C	PERDIZES		
R. TURIASSÚ 566	CEVS: 355010801-851-000063-1-9	TIPO: ESTRUTURA	
CNAE: 8516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde			
60794047000104	05591-000	37233131	SÃO PAULO
SOCIEDADE BENEFICENTE ALEMÁ	BUTANTÃ		
R. DR. ROMEO FERRO 246	CEVS: 355030801-851-001350-1-1	TIPO: ESTRUTURA	
CNAE: 8516-2/99 - Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde			

## ANEXO III

### ESCALA DE BRADEN

<b>Percepção Sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1. Totalmente Limitado:</b> não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2. Muito Limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3. Levemente limitado:</b> Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
<b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele e exposta à umidade.	<b>1. Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada as movimentações do paciente.	<b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	<b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> confinado a cama.	<b>2. Confinado à cadeira:</b> Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas em que está acordado.
<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
<b>Nutrição:</b> Padrão usual de consumo alimentar	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e, ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de 5 dias	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitara um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusara uma refeição mas, geralmente aceitará tomar um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição Parenteral Total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	<b>1. Problema:</b> requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência Espasticidade, contratatura ou agitação leva a quase constante fricção.	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com lençol, cadeira, ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum problema</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira..	

Nota: Quanto menor for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera por pressão.  
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada no Brasil por Paranhos e Santos.(1999)

Pontuação: até 11- alto risco  
12 a 14- risco moderado  
15 a 18- baixo risco

## ANEXO IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO

A úlcera por pressão é uma lesão de pele e tecidos moles de qualquer parte do corpo que usualmente ocorre sobre uma saliência óssea, quando submetidas a uma pressão prolongada. Essas úlceras aparecem em pacientes acamados, geralmente esses pacientes apresentam diversos fatores de risco associados (paraplegia, problemas circulatórios, neurológicos, idade avançada, urina solta, emagrecimento e desnutrição). Identificar esses fatores é fundamental para a prevenção e tratamento dessas feridas. Será utilizado um questionário que consta de dados referentes a características demográficas, clínicas, classificação de sua úlcera e utilização de uma escala de avaliação do risco para desenvolver essas lesões. Este será perguntado a você em sua internação. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo cujo objetivo é identificar o portador de úlcera por pressão nas instituições asilares e saber o número de úlceras que tem em pessoas que moram em asilos em São Paulo.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada sua identificação.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão somente utilizados para esta pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfa. Julieta Chacon, que pode ser encontrada na Rua. Napoleão de Barros, 715- 4ª andar. Tel:55764118. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da pesquisa (CEP)- Rua Botucatu, 572 – 1ª andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que me foram lidas para mim, sobre o estudo de identificar o portador úlcera por pressão nas instituições asilares.

Eu discuti com a Enfa Julieta Chacon sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, que não corro riscos em me submeter a este estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Data:-----/-----/-----  
(Assinatura do paciente/representante legal)

----- Data:-----/-----/-----  
(Assinatura da testemunha)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

----- Data:-----/-----/-----  
Enfa. Julieta Chacon

## **FONTES CONSULTADAS**

## **FONTES CONSULTADAS**

Comissão de Nomenclatura da Sociedade Brasileira de Anatomia – Nomina Anatômica. 5ª ed. Rio de Janeiro. Editora Médico e Científica Ltda; 1987.

DeCS Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME; [acesso em 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1999.

Stedman TL. Stedman's medical dictionary. 25ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990. 1784p.