

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**MIRIAN ALVES DA SILVA**

**ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS:  
ASSOCIAÇÃO DA INCIDÊNCIA COM OS FATORES DE RISCO,  
AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NUTRICIONAL**

**JOÃO PESSOA  
2014**

MIRIAN ALVES DA SILVA

**ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:  
ASSOCIAÇÃO DA INCIDÊNCIA COM OS FATORES DE RISCO,  
AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NUTRICIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem.

Projeto de pesquisa vinculado: Ensino, educação em saúde e o processo de cuidar em feridas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

JOÃO PESSOA  
2014

S586u Silva, Mirian Alves da.

Úlcera por pressão em idosos institucionalizados:  
associação da incidência com os fatores de risco, avaliação  
funcional e nutricional / Mirian Alves da Silva.- João Pessoa,  
2014.

158f. : il.

Orientadora: Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Idosos - cuidados em saúde. 3. Úlcera  
por pressão - incidência. 4. Fatores de risco - avaliação  
funcional e nutricional. 5. Idosos - longa permanência -  
instituições.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

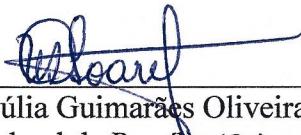
MIRIAN ALVES DA SILVA

Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: associação da incidência com os fatores de risco, avaliação funcional e nutricional

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem.

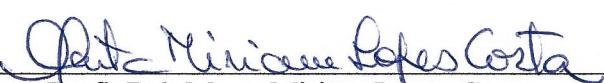
Aprovada em 26 de setembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

  
Profª. Drª. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares  
Universidade Federal da Paraíba (Orientadora)

Prof. Dr. Gilson Vasconcelos Torres  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Membro externo)

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo  
Universidade Federal de Pernambuco (Membro externo)

  
Profª. Drª. Marta Miriam Lopes Costa  
Universidade Federal da Paraíba (Membro interno)

  
Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira  
Universidade Federal da Paraíba (Membro interno)

*A tez gravada com as marcas da vida  
vivida, aos cabelos brancos tingidos ou  
descoloridos pelo tempo, dedico!*

*“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir”.*

*Cora Coralina*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me permitido vir ao mundo no seio de uma família maravilhosa e ter me dado a graça não de pertencer também a outra família, mas fundi-las em uma só. E que em todos os momentos me iluminam e me fortalecem.

Aos meus pais por tudo que sou. A meu pai, que mesmo não estando mais aqui continua a me guiar nos ensinamentos de veracidade e respeito para com as pessoas e as coisas. A minha mãe que me fez olhar, ver e entender que ser idoso é sempre um mais – é amar mais, é viver mais, é compreender mais. É, por tudo isso, um ser único, especial em sua sabedoria que nenhum livro, site ou qualquer outro meio pode ensinar.

A minha mãe do coração, Léo, por todo apoio, carinho, amor e dedicação incansável.

A Albergio, meu amado esposo, amigo, companheiro e incansável incentivador, por toda compreensão, apoio e dedicação de toda uma vida.

Aos meus filhos, por todo incentivo, carinho, amor e compreensão da minha presença ausente.

A Zefinha, por cuidar de minha casa, de meus filhos, de meu marido e de mim com carinho dedicação e presteza, possibilitando uma maior dedicação a este trabalho.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, pela oportunidade, confiança e principalmente por todos os ensinamentos, pelo apoio e estímulos constantes, pelo respeito e por se prestar a ser exemplo de que a solidez profissional se constrói com trabalho, seriedade, dedicação e ética.

A amiga Lúcia Nobre pela colaboração na elaboração do Abstract.

A amiga e eterna mestra Patrícia Barreto Cavalcanti que sempre me incentivou, fazendo-me acreditar em minha capacidade com apoio e estímulos constantes.

A Júlia, minha amiga/irmã que fortaleceu a mim e a minha família e nos deu suporte em tantos momentos difíceis.

A Ana Paula, amiga, que assumindo minhas atividades me proporcionou a calma necessária para a concretização deste trabalho.

A Elizabeth, Jackeline, Suellen, Eliene, Carla, Danielma e todos que com muita presteza e competência me ajudaram na árdua tarefa da coleta de dados.

A Elizabeth e Suellen de forma especial, por acompanhar-me em todo o percurso, pela forma especial e carinhosa que sempre me trataram e pelo constante apoio e incentivo.

A Prof<sup>a</sup>. Josilene, pela disponibilidade em me ajudar na aquisição de material imprescindível ao enriquecimento deste trabalho.

Ao Professor Joab, que iniciou conosco a tarefa de decifrar e escolher os caminhos estatísticos a serem seguidos. Esteja com Deus!

A professora Tatiene e Carolina, pela acolhida e presteza no intuito de adentrar em um universo diverso dos seus no desempenho da árdua tarefa da análise estatística dos dados.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos que contribuíram ao aprimoramento de minha formação. Em especial à professora Jordana.

Aos funcionários do PPGEnf por toda presteza em todos os momentos.

Um especial agradecimento a todos aqueles idosos, profissionais de saúde e cuidadores, que se dispuseram a participar desta pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente me proporcionaram o suporte necessário para a concretude deste trabalho.

## **LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELA DO CORPO DA TESE**

### **Lista de Figuras**

Figura 1 – Modelo de associação entre as variáveis independentes e moderadoras na determinação da variável dependente.....	40
Figura 2 – Mapa das fases da coleta de dados, João Pessoa, 2013 .....	76
Figura 3 – Camadas da pele .....	149
Figura 4 – Suspeita de lesão tissular profunda.....	150
Figura 5 – Úlcera por Pressão em Estágio I.....	150
Figura 6 – Úlcera por Pressão em Estágio II .....	151
Figura 7 – Úlcera por pressão em Estágio III .....	152
Figura 8 – Úlcera por Pressão em Estágio IV .....	152
Figura 9 – Úlcera por Pressão que não pode ser classificada .....	153

### **Lista de Quadros**

Quadro 1 – Regra de Chumlea e colaboradores.....	73
Quadro 2 – Fórmula para estimativa de altura em amputados.....	74

### **Lista de Tabela**

Tabela 1 – Porcentagem do peso corporal contribuído por partes específicas do corpo.....	74
--	----

## **LISTAS DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS DOS ARTIGOS**

### **ARTIGO 1 – ARTIGO DE REVISÃO**

#### **Lista de Quadros**

Quadro 1 – Identificação dos artigos incluídos no estudo segundo o título, autores, o ano de publicação e a base de dados.....	48
Quadro 2 – Distribuição de artigos incluídos no estudo de acordo com idioma e ano de publicação, país de origem do estudo e país de publicação .....	50
Quadro 3 – Artigos incluídos no estudo segundo os objetivos, amostra, tipo de estudo e principais resultados.....	51

### **ARTIGO 2 – ARTIGO ORIGINAL**

#### **Lista de Figura**

Figura 1 – Condições clínicas registradas, segundo o tempo de permanência na instituição, João Pessoa-PB, Brasil, 2013.....	86
---	----

#### **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos idosos residentes nas ILPIs, João Pessoa-PB, Brasil, 2013 .....	83
Tabela 2 – Condições clínicas dos idosos residentes nas ILPIs, segundo o sexo, João Pessoa-PB, Brasil, 2013 .....	84
Tabela 3 – Condições clínicas dos idosos residentes nas ILPIs, segundo a faixa etária, João Pessoa PB, Brasil, 2013 .....	85

### **ARTIGO 3 – ARTIGO ORIGINAL**

#### **Lista de Figuras**

Figura 1 – Frequências dos escores das subescalas de Braden nas quatro reavaliações, João Pessoa – Brasil, 2013 .....	101
Figura 2 – Número de casos de UPP nas quatro reavaliações dos idosos institucionalizados, João Pessoa – Brasil, 2013 .....	102

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Condição clínica de idosos institucionalizados, segundo o desenvolvimento de UPP, João Pessoa – Brasil, 2013.....	99
Tabela 2: – Desenvolvimento da UPP, em idosos institucionalizados, relacionado ao uso de medicamentos, João Pessoa – Brasil, 2013 .....	100
Tabela 3 – Associação do escore de Braden e UPP, em idosos institucionalizados, João Pessoa – Brasil, 2013 .....	102

## **ARTIGO 4 – ARTIGO ORIGINAL**

### **Lista de Figura**

Figura 1 – Curva ROC da análise de regressão logística para possíveis variáveis preditoras ao aparecimento da UPP em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2013 .....	117
---	-----

### **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Presença de UPP, segundo a classificação de risco de Braden, em idosos institucionalizados com Braden $\leq$ 18, João Pessoa-PB, 2013 .....	116
Tabela 2 – Análise de regressão logística para possíveis variáveis preditoras ao aparecimento da UPP em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2013 .....	117
Tabela 3 – Presença de UPP em idosos institucionalizados, segundo o nível de incapacidade para realização das AVDs, João Pessoa-PB, 2013 .....	118
Tabela 4 – Presença de UPP em idosos institucionalizados, segundo o estado nutricional, João Pessoa-PB, 2013 .....	119
Tabela 5 – Associação entre o estado nutricional, o risco de desenvolvimento de UPP e a capacidade funcional, em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2013 .....	119

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AJ.....	Altura do Joelho
AME .....	Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento
ANVISA.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD .....	Atividade da Vida Diária
AVDs.....	Atividades da Vida Diária
BPC .....	Benefício da Prestação Continuada
CB.....	Circunferência do Braço
CMI .....	Conselho Municipal da Pessoa Idosa
CP .....	Circunferência da panturrilha
DEMCA.....	Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem
DENC .....	Departamento de Enfermagem Clínica
EI .....	Estatuto do Idoso
EPUAP .....	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ESF .....	Estratégia Saúde da Família
GEPEFE .....	Grupo de Estudos e Pesquisa no Tratamento de Feridas
HULW .....	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI.....	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ILPIs .....	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC .....	Índice de Massa Corporal
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS .....	Instituto Nacional de Seguridade Social
LOAS.....	Lei Orgânica da Assistência Social
MAN.....	Mini Avaliação Nutricional
NPUAP .....	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS .....	Organização Mundial da Saúde
ONU .....	Organização das Nações Unidas

PAME	Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento
PB	Paraíba
PCS	Prega Cutânea Subescapular
PIBIC	Programa Institucional de Iniciação Científica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Taxa de Incidência
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPP	Úlcera por Pressão
UPPs	Úlceras por Pressão

## RESUMO

O envelhecimento populacional é hoje uma realidadeposta à maioria das sociedades. Nas últimas décadas, o expressivo aumento da população de idosos mudou o perfil demográfico brasileiro. Os rearranjos familiares, que em maior ou menor grau, enfraquecem os vínculos familiares, tão necessários no cuidar desse ser; a participação ativa da mulher no mercado de trabalho, figura historicamente responsável pelo cuidado; a escassez de alternativas para as famílias manterem seus velhos em casa e os idosos sem referência familiar são alguns dos fatores que têm impulsionado a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Dentre as principais causas clínicas de institucionalização dos idosos estão as sequelas das doenças crônicas não transmissíveis que, associadas às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento tegumentar e das peculiaridades de cada idoso, os predispõem ao desenvolvimento de lesões da pele, incluindo as úlceras por pressão. Diante da multifatorialidade da gênese destas, este estudo teve por objetivo analisar a associação de fatores de risco com a avaliação funcional e nutricional e sua influência na incidência de úlceras por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos do município de João Pessoa. Trata-se de um estudo de base populacional, prospectivo (incidência), descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Teve como unidade investigativa todos os idosos (324) residentes de todas as Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa-PB. Estruturado em duas fases: na primeira, todos os prontuários e idosos foram avaliados e os dados foram registrados em instrumento próprio, os demais dados foram obtidos por meio de respostas ao questionário, com a aplicação das escalas de Braden, Katz, Mini Avaliação Nutricional e avaliação da pele dos 324 participantes; na segunda fase, que abrangeu os idosos que tiveram escore de Braden  $\leq 18$  (constante de 142 idosos), foram realizadas quatro reavaliações, em semanas consecutivas, nas quais foi procedido o exame físico da pele. Os resultados mostraram uma incidência de 51% de idosos com úlceras por pressão. De acordo com a escala de Braden, nas categorias de maior risco em que se encontram os idosos com úlceras por pressão, estão as subescalas: *umidade* (pele muito úmida), *nutrição* (provavelmente inadequada) e *fricção e cisalhamento* (problema potencial), todas com diferenças estatisticamente significativas. Quanto à avaliação nutricional, 64,4% de idosos que desenvolveram úlceras por pressão foram classificados como desnutridos. Verificou-se ainda que 79,46% apresentaram apenas uma úlcera. As localizações mais frequentes das úlceras por pressão foram a região sacra com 32,87%, seguida das regiões glútea com 20,55% e as margens laterais dos pés com 9,59%. Observou-se que 49,32% apresentaram úlceras por pressão no estágio II. Destacou-se a pouca participação dos enfermeiros nos cuidados, na avaliação dos idosos e na realização de encontros educacionais com a equipe multidisciplinar e com os cuidadores. Percebe-se que a inadequação dos recursos humanos e a falta de participação ativa do Estado influenciam na inexistência de programas de prevenção e na promoção de um envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso. Incidência.

## ABSTRACT

Populational aging is a reality placed to most societies today. In recent decades, the significant increase of the elderly population has changed the brazilian demographic profile. The family rearrangements, that to a greater or lesser degree weaken family bonds so necessary for that human caring; the active participation of women in labor market, who has historically figured as responsible for the care; the shortage of alternatives for families to keep their old at home and those elderly without family reference are some of the factors that have driven the demand for Homes for the Aged. Among the main clinical institutionalization causes, there are the sequels of chronic noncommunicable diseases, associated with weaknesses caused by the skin aging process and by the peculiarities of each elderly that predisposes the elderly to the development of skin lesions, including pressure ulcers. Given the multifactorial genesis of the pressure ulcers, this study aims to examine the association of risk factors such as functional and nutritional assessment and its influence on the incidence of pressure ulcers in the elderly residents in Homes for the Aged in João Pessoa. This is a population-based study, prospective (incidence), descriptive and exploratory with quantitative approach. Had as an investigative unit all elderly residents (324) of the all Homes for the Aged in João Pessoa-PB. Structured into two phases: in first phase, all medical registers and elderly were examined and the data were recorded on a proper instrument, the other data were obtained from the answers to a questionnaire, applying Braden, Katz and Mini Nutritional Assessment scales and from the examination of 324 elderly's skin; in the second phase, which included the elderly who had Braden score  $\leq 18$  (constant 142 elderly), four examinations were conducted in consecutive weeks, which included the physical examination of the skin. The results showed an incidence of 51% of elderly with pressure ulcer. According to Braden scale, in the higher risk categories that include elderly with pressure ulcers, there are the following subscales: *moisture* (skin very moist), *nutrition* (probably inadequate) and *friction and shear* (potential problem), all of them with differences statistically significant. As to nutritional status, 64.4% of elderly who developed pressure ulcers were classified as malnourished. It was also found that 79.46% had only one ulcer. The most common locations of the pressure ulcers were the sacral region with 32.87%, followed by the gluteal regions with 20.55% and the lateral margins of the feet with 9.59%. It was observed that 49.32% had stage II pressure ulcers. The low participation of nurses in care, the examination of elderly and the realization of educational meetings with the multidisciplinary team and caregivers were especially noticeable. The inadequacy of human resources and the lack of active participation of the State influence the absence of preventive programs and the promotion of an active aging.

Key words: Pressure Ulcer. Homes for the Aged. Aged. Incidence.

## **RESUMEN**

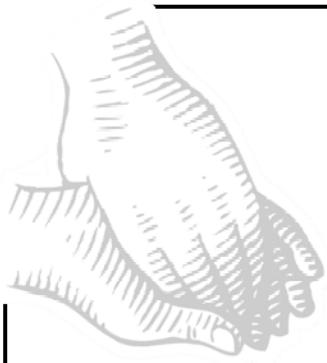
El envejecimiento poblacional es una realidad puso hoy a la mayoría de las sociedades. En las últimas décadas, el aumento significativo de la población de edad avanzada cambió la demografía brasileña. Los reordenamientos de la familia, en mayor o menor grado, debilitan los lazos de la familia, tan necesarios en el cuidado de este ser; la participación activa de las mujeres en el mercado laboral, figura históricamente responsable por el cuidado; la falta de alternativas para que las familias mantienen a sus viejos en casa y ancianos sin referencia familiar, son algunos de los factores que han impulsado la demanda de hogares para ancianos. Entre las principales causas clínicas de institucionalización de los ancianos son las secuelas de las enfermedades crónicas no transmisibles que, asociadas a las debilidades que surgen del proceso de envejecimiento de la piel y las peculiaridades de cada anciano, los predisponen al desarrollo de lesiones cutáneas, incluyendo las úlceras por presión. Dada la génesis multifactorial de estos, este estudio tiene como objetivo examinar la asociación de factores de riesgo tales como la evaluación funcional y nutricional y su influencia en la incidencia de úlceras por presión en ancianos residentes del hogar de ancianos en la ciudad de João Pessoa. Se trata de un estudio de base poblacional, prospectivo (incidencia), con enfoque descriptivo y exploratorio cuantitativo, como una unidad de investigación que tenía todos los ancianos internos (324) de todos hogares para ancianos de João Pessoa-PB. Estructurado en dos fases: en primer lugar, todos los registros y ancianos fueron evaluados y los datos fueron registrados en un instrumento propio, otros datos fueron obtenidos de las respuestas al cuestionario, de la aplicación de las escalas de Braden, Katz y Mini Nutritional Assessment y evaluación de la piel de 324 participantes; en la segunda fase, que incluía los ancianos que tenía Braden puntaje  $\leq 18$  (constante de 142 ancianos), cuatro reevaluaciones se realizaron en semanas consecutivas, que se llevó en el examen físico de la piel. Los resultados mostraron una incidencia del 51% de los ancianos con úlcera por presión. Según la escala de Braden, las categorías de mayor riesgo en que se encuentran los ancianos con úlceras por presión, las subescalas son: humedad (piel demasiado húmeda), nutrición (probablemente inadecuada) y fricción y cizalla (potencial problema), todas las diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la valoración nutricional del 64,4% de las personas mayores que desarrolló úlceras por presión fueron clasificados como desnutridos. También se encontró que 79,46% tenía sólo una úlcera. Las localizaciones más comunes de las úlceras por presión fueron la región sacra con 32,87%, seguido por las regiones de los glúteos con 20,55% y los márgenes laterales de los pies con 9,59%. Se observó que 49,32% han presentado úlceras por presión en el estadio II. La baja participación de las enfermeras en la atención, la evaluación de los ancianos y las sesiones educativas con el equipo multidisciplinario y de cuidadores fue notable. La insuficiencia de recursos humanos y la falta de participación activa del Estado influyen en la falta de programas de prevención y promoción de un envejecimiento activo.

**Palabras clave:** Úlcera por Presión. Hogares para Ancianos. Anciano. Incidencia.

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	18
2	A INTERSEÇÃO ENTRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A ÚLCERA POR PRESSÃO: OBJETO DE ESTUDO .....	23
2.1	Políticas públicas destinadas ao idoso e a interface com a institucionalização .....	30
2.2	Hipótese do Estudo .....	40
2.3	Objetivos.....	41
3	ÚLCERA POR PRESSÃO EM RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA (ARTIGO 01 – DE REVISÃO).....	42
4	PERCURSO METODOLÓGICO .....	60
4.1	Instrumentos para avaliação de idosos.....	66
4.2	Passo-a-passo do procedimento de coleta e análise de dados.....	74
5	RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL (ARTIGO 02 – ORIGINAL) .....	78
6	INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS (ARTIGO 03 – ORIGINAL) .....	93
7	ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ASSOCIAÇÃO DA INCIDÊNCIA COM FATORES DE RISCO, AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NUTRICIONAL (ARTIGO 04 – ORIGINAL) .....	110
8	CONCLUSÃO.....	126
	REFERÊNCIAS .....	132
	APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO .....	139
	APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR/RESPONSÁVEL INSTITUCIONAL .....	140
	APÊNDICE III – INSTRUMENTO PARA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	141
	APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE REGISTRO DAS REAVALIAÇÕES .....	147
	ANEXO I – DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO DOS ESTÁGIOS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA NPUAP .....	149
	ANEXO II – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	154
	ANEXO III – ESCALA DE BRADEN .....	155

ANEXO IV – ESCALA DE KATZ.....	156
ANEXO V – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	158



**1**

**APRESENTAÇÃO**

Desde minha formação em Enfermagem, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), iniciada em 1983, e o início de minha vida profissional, em 1984, no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), coincidentemente, década da Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME), encontrava-se presente a problemática do envelhecimento populacional e, consequentemente, os diversos fatores a ele interligados.

Em 1994, minha trajetória profissional muda, no mesmo ano em que foi promulgada a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Neste momento iniciei carreira como docente na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem (DEMCA), atual Departamento de Enfermagem Clínica (DENC). Em maio de 1995, minhas atividades docentes passaram a ser exercidas, provisoriamente, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Em 1996, a discussão quanto às questões do envelhecimento tornou-se mais evidente durante minhas atividades como docente na disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso. Estas exigiam um acompanhamento dos discentes em diversas instituições de atendimento ao geronte. Neste mesmo período, participei no projeto Atenção à Saúde do Idoso – Projeto desenvolvido a partir de uma parceria da UFBA com a Secretaria de Transportes e Desenvolvimento Social da Bahia. Neste, as atividades eram desenvolvidas em Centros Sociais Urbanos e visavam o atendimento da população idosa da localidade, tendo a consulta de enfermagem como atividade principal. Concomitante, congreguei, ainda, a realização de estudos e pesquisas na área e atuação como preceptora da Especialização em Geriatria da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, além de atuar na área de Enfermagem cirúrgica, na qual eram desenvolvidas atividades no Centro Cirúrgico e na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Edgar Santos, ambos ambientes atendiam um significativo número de idosos.

Ao retornar à UFPB, em 1999, atuei como docente das disciplinas Enfermagem Cirúrgica I, Urgência e Emergência, Estágio Supervisionado Curricular II e, posteriormente, Avaliação e Tratamento de Feridas I, e congreguei atividades como preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na ênfase Saúde do Idoso. Neste exato período, tornou-se ainda mais evidente o significativo contingente de idosos atendidos pelo sistema de saúde. Ficou manifesto que, tanto o tempo de permanência quanto as restrições de movimento, seja por procedimentos ou pelo avanço da

idade, predispunham esses pacientes às úlceras por pressão (UPPs). Como uma das atividades de preceptoria da Residência Multiprofissional, foi oportunizado conhecer as seis Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de João Pessoa. Em ambos cenários, rede hospitalar e ILPI, ficou evidente a vulnerabilidade desta população às lesões de pele, principalmente às UPPs.

As visitas às ILPIs suscitaram diversos questionamentos e instigaram a buscar respostas quanto aos estudos desenvolvidos com este nicho populacional. Ao realizar levantamento, revelou-se a escassez de estudos relacionando a ocorrência de UPP em Idosos institucionalizados. Ficou evidente, também, a falta de articulação efetiva entre a academia e a prática, visto que, as ações desenvolvidas na academia não têm provocado mudanças efetivas na realidade ora descortinada.

Diante deste cenário, o Grupo de Estudos e Pesquisa no Tratamento de Feridas (GEPEFE), desenvolve pesquisas e estudos na temática em questão. Por ser um grupo que congrega profissionais, estudantes e docentes, tem facilitado a requerida articulação entre a academia e a prática, além do desenvolvimento de pesquisas referentes às UPPs, dentre elas o presente estudo. Ainda no âmbito do GEPEFE, a autora participa como pesquisadora colaboradora do projeto do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC), intitulado Processo de cuidar em úlceras por pressão.

Ressalta-se que o rápido e significativo aumento da população idosa brasileira é, por suas causas e efeitos, uma das mais importantes mudanças ocorridas no panorama nacional, e vem ganhando lugar de destaque nas notícias das diversas mídias (escrita e falada), tornando-se objeto de estudos e pesquisas, principalmente, nos projetos de pós-graduação das mais variadas áreas do conhecimento.

Com o aumento da expectativa de vida, a procura pelos serviços de saúde por pessoas idosas vem aumentando consideravelmente. Isto deriva do fato que, com o passar dos anos, o indivíduo, de modo geral, tem sua saúde debilitada, seja pela labilidade do sistema imunológico, seja pelo acometimento de doenças crônico-degenerativas, seja pelas desordens neurológicas e psicológicas. Todos estes fatores levam o idoso a uma condição de real fragilidade e dependência. Ademais, estes fatores impõem, muitas vezes, uma diminuição da mobilidade que, somada às alterações próprias do processo de envelhecimento, predispõem o idoso ao desenvolvimento das UPPs.

A concretude da questão socioassistencial instigou a estudá-la e a pesquisá-la, com o intuito de poder contribuir com aqueles que lidam com o trato à velhice/institucionalização e

de proporcionar ao idoso um atendimento mais digno e adequado. Por conseguinte, o tema *Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: associação da incidência com os fatores de risco, avaliação funcional e nutricional* surge da necessidade de avaliar a relação deste fatores, que interagem com a dimensão biofisiológica dos seres humanos, com a questão da gênese e da prevenção das UPPs, na fase de envelhecimento.

Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, na área de concentração Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem, esta tese encontra-se organizada no formato de artigos científicos, em conformidade com o que estabelece o regimento do programa, e foi assim estruturada:

Apresentação – Traz a aproximação da autora com a temática e descreve a estrutura da tese.

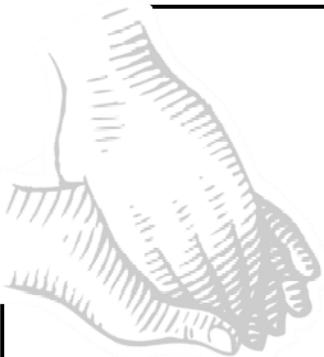
Introdução – A *interseção entre o envelhecimento populacional, a institucionalização e a úlcera por pressão: um objeto de estudo* – No primeiro momento, dá uma visão geral às questões relacionadas ao envelhecimento da população; caminhos da institucionalização e considerações gerais sobre as UPPs. No segundo momento, traz considerações sobre as políticas públicas destinadas ao idoso e a interface com a institucionalização. Expõe ainda seu objeto, objetivos, hipóteses e o caminho percorrido para a sua realização.

Primeiro Artigo (Artigo de Revisão) – *Úlcera por pressão em residentes de instituições de longa permanência para idosos: Revisão integrativa* – traz em seu desenvolvimento uma análise do que versam as produções científicas de enfermagem sobre UPP em residentes de ILPIs, no período 2003 a 2013. É uma revisão integrativa, realizada a partir de vinte e um artigos das bases de dados MEDLINE, LILACS, IBECS, SciELO e biblioteca BIREME, filtrados a partir dos descritores: Úlcera por pressão. Enfermagem. Instituição de Longa Permanência para Idosos e seus análogos em inglês (Pressure Ulcer. Nursing. Homes for the Aged) e espanhol (Úlcera por Presión. Enfermería Hogares para Ancianos). Observou-se com o resultado do estudo que entre os temas mais abordados encontram-se: Desenvolvimento e validação de instrumentos, determinação e associação dos fatores de risco para UPP, incidência, prevalência e aspectos relacionados ao tratamento e custos financeiros. Detectou-se, também, a escassa produção de estudos, em nosso país, com esta perspectiva. Este artigo será encaminhado à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

Segundo Artigo (Artigo Original) – *Residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos: estudo populacional* – Neste artigo, estão descritas as características sociodemográficas e clínicas dos idosos residentes nas seis ILPIs existentes no município de João Pessoa. Este artigo possibilita um retrato do perfil sociodemográfico e clínico da população idosa residente nas ILPIs. Foi encaminhado à Revista Latino-Americana de Enfermagem (em avaliação).

Terceiro Artigo (Artigo Original) – *Incidência e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados* – Este artigo busca averiguar o risco para desenvolvimento de UPP, relacionando-o com as variáveis socioeconômicas, as condições clínicas e a ocorrência de UPP entre os residentes das ILPIs de João Pessoa. É um estudo prospectivo.

Quarto Artigo (Artigo Original) – *Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: associação da incidência com fatores de risco, avaliação funcional e nutricional* – Neste artigo, buscou-se determinar a associação estatística existente entre o nível de independência funcional, avaliado pela escala de Katz, o estado nutricional, estabelecido pela Mine Avaliação Nutricional, e o risco de desenvolvimento de UPP, determinado pela escala de Braden.



# 2

**A INTERSEÇÃO ENTRE O  
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL,  
A INSTITUCIONALIZAÇÃO E  
A ÚLCERA POR PRESSÃO:  
OBJETO DE ESTUDO**

*O tempo passou na janela...*

*Chico Buarque, 1968*

Na conjuntura nacional, as questões do envelhecimento populacional, ou mesmo, dos idosos, na nossa sociedade, necessitam de uma análise das transformações pelas quais passa esse contingente populacional. Todo processo ocorrido com os seres humanos é considerado como um processo histórico, dotado de um dinamismo próprio, e traz consigo vários fatores. Estes fatores estão, direta ou indiretamente, ligados ao processo de envelhecimento. São fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais.

Em meados da década de 1980 do século passado, entre as mais variadas transformações societárias, tem início um fenômeno mundial conhecido como *envelhecimento demográfico*. Este é caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais, sendo uma das principais conquistas da sociedade atual. Estas mudanças interferem na vida da população e sobremaneira no envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa quanto na qualidade de vida oferecida aos que envelhecem. Mudanças que resultam, também, da aplicação de políticas sociais, principalmente nas áreas da saúde, e das políticas de previdência e assistência. Não é a toa que nos países onde se instaurou o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare state*), os idosos, junto a outros seguimentos mais frágeis da sociedade, tiveram a seu favor programas e serviços que lhes garantiram e garantem um final de vida mais digno e protegido. Neste sentido tem-se que:

O envelhecimento ocorreu de forma gradual nos países desenvolvidos, ao longo de mais de cem anos, associado a um progresso socioeconômico, com melhoria nas condições gerais de vida da população e com a elaboração de um amplo sistema de proteção social. Nos países em desenvolvimento, esse processo aconteceu de forma rápida, sem o tempo necessário para uma reorganização adequada nas áreas de assistência social e de atenção à saúde, comprometendo o atendimento às novas demandas emergentes<sup>(1)</sup>.

O *boom* do envelhecimento, esse desafio vivenciado pelas nações em todo o mundo, tem suas raízes nas transformações socioeconômicas provenientes, dentre outros, do processo de desenvolvimento industrial e migratório às cidades em detrimento ao campo, fato que proporcionou maior acesso aos serviços de saúde. Só no século XX a população brasileira pôde experimentar significativas modificações nas variáveis sociodemográficas<sup>(2)</sup>.

À semelhança de outros países latino-americanos, no Brasil, o envelhecimento também é um fenômeno predominantemente urbano. Este se deve, principalmente, ao movimento migratório gerado pelo desenvolvimento industrial, que trouxe para as cidades jovens em busca de melhores condições de vida. Esta tendência à urbanização da população proporcionou a esta maior acesso aos serviços de saúde, ao saneamento, aos programas de planejamento familiar e aos métodos contraceptivos. Aliam-se, a tudo isso, as novas tecnologias na prevenção e tratamento de doenças, a queda nas taxas de doenças infecciosas e parasitárias, que influenciam nos índices de morbidade e mortalidade<sup>(3)</sup>.

Estimativas para 2050 referem que o número de pessoas idosas no mundo poderá chegar a dois bilhões. Os números atuais mostram que uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, a relação será, em média, de uma para cinco em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, esta relação será de uma para três. A projeção do número de idosos com 100 anos ou mais de idade para 2050 é de 2,2 milhões. O censo de 2010 confirma um acréscimo da população a partir de 65 anos, com um percentual de 7,4% da população total. Numa análise comparativa, observa-se que, em 1991, o percentual desta população era de apenas 4,8%, por conseguinte, um aumento de 2,6 percentuais em apenas duas décadas.

No estado da Paraíba, a média da população idosa, neste mesmo período, teve um acréscimo 4,1 anos, passando de 67,1 anos, em 2000, para 71,2 anos, em 2010. A expectativa de vida foi estimada em 73,9 anos, dados comparados à média nacional. João Pessoa tem 74.644 pessoas com idade acima de 60 anos, o que representa 10,2% (731.798) do número de habitantes do município<sup>(4)</sup>.

Nota divulgada pela Sala de Imprensa do IBGE revela uma expectativa de vida de 74,6 anos para 2012, assumindo valores de 71,0 anos, para a população masculina, e de 78,3 anos, para a população feminina. Dentre as justificativas dessa diferença entre os sexos, deve-se considerar a maior mortalidade masculina, no grupo de adultos jovens (15 a 30 anos), por causas violentas, além do fato de as mulheres estarem mais atentas às questões de saúde e à assistência no período reprodutivo, pelo menor consumo de álcool e tabaco e pela própria proteção cardiovascular a elas conferida pelos hormônios femininos<sup>(5-7)</sup>.

Classificar a pessoa como idoso é um desafio, uma vez que sua complexidade reside na utopia de traçar um perfil da pessoa humana em face às suas peculiaridades. As várias capacidades do indivíduo também envelhecem em diferentes proporções, razão porque a idade pode ser cronológica, biológica, psicológica, sociológica entre outras.

Várias são as vertentes envolvidas ao se tentar definir o termo idoso. Portanto, neste estudo, utilizar-se-á a cronológica. Entende-se por idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com a definição apresentada pela Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994, e do Estatuto do Idoso (EI), Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003<sup>(8,9)</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define idoso como aquele com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, e eleva para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos<sup>(10)</sup>.

Amalgamado ao envelhecimento populacional e ao aumento da expectativa de vida, tem-se o crescimento de idosos acima de 80 anos (idosos mais idosos). Esse aumento na expectativa de vida incide em um incremento da fragilidade, que aumenta com a idade. Isto eleva o risco para eventos adversos à saúde, aumentando a necessidade de cuidados. Ao longo da história, a tarefa do cuidar tem sido uma atribuição, predominantemente, feminina. Entretanto, a mulher de hoje, diferentemente da de algumas décadas passadas, tem um maior nível de escolarização, possui menos filhos, ou não os têm, e estão ativas no mercado de trabalho. Há, ainda, os rearranjos familiares, casamentos em idades mais avançada e um maior número de solteiros por opção. Estes fatos contribuem para uma fragilização dos vínculos familiares. É relevante, também, o fato de o envelhecimento não ser privativo de um indivíduo e sim da população, induzindo a ter idosos cuidando de idosos. Todo este conjunto de fatores leva à perspectiva da diminuição na oferta de cuidadores familiares<sup>(11)</sup>. Tudo isto, aliado ao acometimento do idoso por doenças crônicas e crônico-degenerativas, que causam uma redução da capacidade física, cognitiva e mental, impõe uma nova demanda ao Serviço Público ou Privado – os cuidados de longa duração ao idoso.

Diante da falta de políticas de apoio a cuidadores, familiares ou não, uma alternativa de cuidado não familiar são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). A despeito do que preconizam as políticas de proteção ao idoso, percebe-se o aumento do número de instituições e da procura por estas. Quanto ao paralelo família/Estado de responsabilização ao idoso, Camarano tece as seguintes considerações:

[...] Ao longo dela [da História], em quase todo mundo, o cuidado com a geração mais velha tem sido atribuído aos descendentes. [...] Disso decorre a percepção de que o melhor lugar para o idoso é junto de sua família, sem considerar que a família é uma instituição idealizada. Esta se constitui em um espaço de disputa de poder entre gêneros e gerações e vem passando por muitas transformações. Além disso, uma das características do cuidado familiar é que este tem ocorrido com baixo apoio e orientação do Estado, sendo escassos as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar. As

políticas de cuidados existentes se restringem ao cuidado institucional, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)<sup>(12)</sup>.

Observa-se que algumas dificuldades enfrentadas pelas ILPIs pesquisadas interferem na capacidade de manter a saúde dos idosos, os quais, não raramente, apresentam debilidades e declínio nas funções biológicas que os predispõem a doenças crônicas, elevando as fragilidades.

A fragilização, no processo de envelhecimento, se constitui em uma síndrome de origem multidimensional, que envolve um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, econômicos e sociais, os quais levam o idoso a um estado de maior vulnerabilidade e risco, devido à “diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade do organismo resistir ao estresse, resultando em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos”<sup>(2)</sup>. Dentre as as várias alterações decorrentes do envelhecimento, destacam-se as alterações tegumentares, que predispõem o indivíduo idoso às lesões.

As lesões cutâneas são decorrentes de múltiplos fatores e tendem a ocasionar danos àqueles por elas acometidos, influenciando, sobremaneira, na vida e no cotidiano. Dentre as lesões, as úlceras por pressão (UPPs) são aquelas passíveis de ocorrer em indivíduos em situação de fragilidade, sobretudo os idosos. É um problema de saúde que demanda atenção especial, pois, além de ocasionar desconforto físico, aumenta o tempo de internação, os custos com o tratamento, o risco para desenvolvimento de complicações adicionais e eleva as taxas de morbidade e mortalidade<sup>(13,14)</sup>.

As UPPs estão fortemente associadas aos padrões de mobilidade deficiente e/ou alterações na percepção sensorial. São causadas por fatores extrínsecos e intrínsecos. Como fatores extrínsecos, inerentes à exposição física, tem-se, como referência, a pressão (principal causa), o cisalhamento, a fricção e a umidade. Dentre os fatores intrínsecos, relativos à condição clínica, destacam-se a idade avançada, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas, como o diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Somam-se, ainda, a estes, a diminuição da tonicidade muscular e o estado mental.

A UPP é considerada um grave problema clínico para indivíduos institucionalizados, hospitalizados ou em cuidados domiciliares<sup>(15-17)</sup>. Os idosos institucionalizados, por obedecerem rotinas rígidas e possuírem pouca ou nenhuma diversificação das atividades, tornam-se um fácil alvo para o desenvolvimento de UPP. O longo estado de inatividade, no

leito e cadeiras, leva o corpo humano a sofrer pressão em diversas áreas, por serem submetidas a uma maior concentração do peso corpóreo durante o repouso prolongado. As regiões sacra, glútea, ísquiáticas, trocanteriana, calcânea, malolares, occipital, dorsal do pé e patelar são as mais acometidas. Cerca de 60% das UPPs se desenvolvem na região da proeminência sacral e 15% nas dos ísquios, trocânteres maiores e calcâneos<sup>(18,19)</sup>.

O sistema de classificação da UPP em estágios, elaborado pelo “*National Pressure Ulcer Advisory Panel*” (NPUAP), em 1989, está embasado na quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida. As descrições traçadas pela NPUAP causavam dúvidas aos profissionais quanto à avaliação das lesões com classificação inadequada, devido, principalmente, à dermatite perineal e/ou a lesão tissular profunda (Anexo 1). Portanto, em fevereiro de 2007, a NPUAP reeditou a definição de UPP, mantendo os quatro estágios originais e adicionando dois estágios. Esta redefinição adveio como resultado de um trabalho conjunto de especialistas, durante cinco anos, com início em 2001. As definições propostas foram revisadas por uma conferência de consenso e os comentários foram usados para criar, finalmente, a seguinte definição: “Úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção” (Tradução da autora)<sup>\*(20)</sup>.

Em 2009, a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a NPUAP, ao desenvolver as *Guidelines Internacionais de Prevenção e Tratamento de úlceras de pressão*, “desenvolveram uma definição e um sistema internacional comum para as úlceras de pressão”<sup>(19)</sup>, além de um sistema de classificação destas, que possa ser utilizado internacionalmente. Neste sentido, adotaram a denominação “categoria” substituindo “estágio ou grau”, já que, em ambas as classificações (NPUAP e EPUAP), observam-se semelhanças entre grau e estágio. Esta decisão foi tomada buscando dirimir a noção de progressão do estágio I ao IV, ou da cicatrização do IV ao I. Entretanto, a NPUAP e a EPUAP mantêm os quatro níveis de lesão e reconhecem que “os termos *inclassificável* e *lesão no tecido profundo* são geralmente classificados por ‘IV’ na Europa”, devendo os estudiosos em UPP estar atentos a este fato ao cruzarem dados entre países<sup>(19)</sup>.

Com o avançar da idade, ocorrem mudanças que predispõem ao comprometimento dos diversos sistemas e, dentre estes, o tegumentar. Torna-se, portanto, imprescindível fazer um criterioso exame físico, para a efetivação do cuidado relacionado à UPP. Ressalta-se,

---

\* A pressure ulcer is localized injury to the skin and/or underlying tissue usually over a bony prominence, as a result of pressure, or pressure in combination with shear and/or friction.

como objetivos fundamentais, a identificação daqueles em risco de desenvolvê-la e o início precoce de programas de medidas de prevenção de complicações, que visem envolver o paciente e o cuidador no cuidado, além de implementar estratégias efetivas no tratamento da UPP.

Todos devem ser avaliados, todavia, deve-se priorizar àqueles com mobilidade física prejudicada, principalmente os que se encontram restritos ao leito ou à cadeira de rodas. Nestes casos, é imprescindível a enfermagem saber selecionar e utilizar um dos métodos de determinação do risco. É, também, fundamental, avaliar e identificar todos os fatores individuais de forma a direcionar as ações e medidas preventivas específicas.

A implementação de escala de risco é recomendada por 90% das políticas de prevenção. A literatura aponta, em nível mundial, para mais de 20 escalas originais e mais de 150 adaptações. Dentre estas escalas, as mais conhecidas são as de Norton, de Waterlow e de Braden. Embora a escala de Norton tenha surgido primeiro, testada e avaliada em uma clínica geriátrica, a escala de Braden tem sido a mais utilizada, por apresentar maior confiabilidade e melhores valores preditivos, além de ser já validada no Brasil<sup>(16,21)</sup>.

Sabe-se que há uma estreita relação entre a capacidade de realizar as atividades da vida diária (AVDs) e o risco de desenvolver UPP. No processo da senescência, observa-se que ocorre uma progressiva diminuição da capacidade funcional, com consequente aumento da dependência e perda da autonomia, fatores diretamente relacionados com a dificuldade ou incapacidade em realizar as AVDs<sup>(22)</sup>. Para avaliação das AVDs, existem inúmeros instrumentos, muitos dos quais são especializados na avaliação funcional dos idosos. Dentre estes, destaca-se a escala de Katz, com reconhecimento nacional e internacional na área de estudos gerontológicos<sup>(23)</sup>.

Nos idosos, a diminuição do apetite, prejuízos na função cognitiva e motora, mudanças na acuidade gustativa e olfativa, perdas gastrintestinais, polifarmácia, monotonia na dieta, são alguns dos fatores que os predispõem a déficits nutricionais. Merece destaque a desnutrição, por sua grande associação com a morbimortalidade. A Nutrição desempenha papel fundamental na prevenção da UPP e no processo de cicatrização, fato que torna importante a avaliação nutricional dos idosos. Para levar a cabo a tarefa de mensurar o estado nutricional dos gerentes pesquisados, optou-se, neste estudo, pela utilização da Mini Avaliação Nutricional® (MNA)<sup>(24)</sup>.

Para aqueles empenhados na melhoria da qualidade da assistência, faz-se necessário incorporar a importância de trabalhar com medidas preventivas e reconhecer os fatores de

risco inerentes à UPP. Estes fatores levam à necessidade de adotar medidas adequadas à prevenção deste sério problema, ainda subestimado, e pouco investigado na constituinte populacional em estudo. Aliado a isto, se tem a pouca motivação e qualificação da equipe de saúde. Portanto, a aquisição do conhecimento específico deste agravo, seja por profissionais de saúde seja por cuidadores, é um desafio!

## **2.1 Políticas públicas destinadas ao idoso e a interface com a institucionalização**

Durante do processo da pesquisa, surgiram algumas inquietações quanto ao aparato legal dirigido aos idosos no Estado Brasileiro. Estas inquietações suscitaram questionamentos: Quais as reais necessidades dos idosos? Há mecanismos de proteção e/ou amparo efetivo às famílias/cuidadores de idosos? De que modo os profissionais da saúde, familiares e cuidadores estão se preparando/capacitando para cuidar dos idosos? A quem cabe a decisão da institucionalização do idoso? Quem garante os direitos desses idosos? Tem sido oportunizado aos idosos meios para desenvolver a autonomia e a independência?

Com estas indagações, busca-se chamar atenção para o fato de que nossa sociedade envelheceu. Portanto, é necessário que atitudes sejam mudadas e medidas sejam tomadas e efetivadas para que nossos velhos, institucionalizados ou não, tenham seus direitos preservados. Para que se possa entender e discutir as políticas públicas, dentre elas a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso (EI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), faz-se necessária uma abordagem, embora breve e sucinta, do cenário político brasileiro, no qual se originaram.

A década de 80 do século XX foi um período de grandes transformações e avanços sociais advindos no cenário nacional, mas com fortes influências internacionais. Em 1982, ocorre em Viena, a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME), que fora incitada em 1978, pela resolução 33/52 da Organização das Nações Unidas (ONU) e pela qual foi patrocinada. Nesta Assembleia, foi elaborado o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME), o qual traçou o panorama mundial do envelhecimento, além de elaborar diretrizes para com ele lidar. As recomendações do Plano de Ação de Viena eram alusivas às questões: saúde e nutrição; proteção dos consumidores idosos; habitação e ambiente; família; bem-estar social; segurança de rendimentos (Previdência Social); trabalho

e educação. Este Plano “sintetizou um marco político e os princípios de uma política universal para resolver os problemas e fenômenos do envelhecimento da população”\*(25).

No início da década de 1990, mais precisamente em 1991, a ONU aprova os princípios em favor da população idosa, que abarcam cinco eixos: independência, participação, cuidados, autorealização e dignidade, e, em 1992 aponta que 1999 seria o ano internacional da pessoa idosa, sob o *slogan* “Promoção de uma sociedade para todas as idades”, e para o ano 2001, um guia para determinar os objetivos em cada nação<sup>(26)</sup>.

Em face da rapidez do envelhecimento da população mundial, principalmente, e, sobretudo, no mundo em desenvolvimento, a ONU decidiu convocar a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Esta ocorreu entre 08 e 12 de abril de 2002 em Madri. Nela, a ONU aprova o segundo Plano Internacional para o Envelhecimento (PIAE), a partir do qual os governos do mundo formularam uma resposta internacional promovendo oportunidades e encarando os desafios do envelhecimento da população no século XXI, bem como, a promoção do conceito de “sociedade para todas as idades”<sup>(26)</sup>. Para a efetiva aplicação do PIAE no âmbito de cada nação, a principal e fundamental recomendação foi a incorporação do “envelhecimento e os problemas dos idosos aos marcos nacionais de desenvolvimento e às estratégias nacionais de erradicação da pobreza”<sup>(26)</sup>.

Estes são alguns dos eventos de abrangência internacional de relevância para o panorama do envelhecimento populacional que exerceram e exercem influência também no âmbito nacional, visto que o envelhecimento não é, simplesmente, uma questão de segurança social<sup>(27)</sup>. Sua inclusão na agenda de qualquer sociedade vai muito além de sua incorporação no contexto mais amplo das políticas, deve, sobretudo, buscar promover uma imagem positiva do envelhecimento e, ainda mais desafiador, superar os estereótipos que lhes são associados.

No cenário brasileiro, instigado pelos movimentos internacionais, é promulgada, em 1988, a Constituição Federativa do Brasil – Constituição Cidadã –. Esta, ressalta, em seu artigo 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos e, em seu artigo 3º, enfatiza, como um dos objetivos fundamentais da República, “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”<sup>(28)</sup>.

---

\* "Sintetizó un marco político y los principios de una política universal para enfrentar los problemas y fenómenos del envejecimiento de la población"<sup>(25)</sup>

O texto constitucional também explicita a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos do Estado Democrático de Direito. Nota-se, pelos artigos citados, que todo cidadão brasileiro tem os seus direitos garantidos pela Constituição. Entretanto, não se limita apenas a disposições genéricas, fazendo alusões específicas ao idoso em alguns de seus artigos, dentre eles: 203; 229; 230. O artigo 203 versa sobre a Assistência Social. Em seu inciso I, trata da proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. Os artigos 229 e 230 apontam, respectivamente, que: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” e que a “família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”<sup>(28)</sup>

Diante destes textos, fica claro o Estado Mínimo de Direito, transferindo para a família e a sociedade civil a responsabilidade pelo idoso. Afirma-se que “(...) a família é percebida como sujeito estratégico no amparo social de seus membros e também como alvo prioritário de proteção. A matrionalidade sociofamiliar considera a família o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social”<sup>(29)</sup>.

Neste contexto, emergiram diversos debates da sociedade em geral e de grupos específico, com interesse na luta por reivindicações em prol dos idosos. Pois, sendo o envelhecimento um evento universal, que não raras vezes, é acompanhado por redução da capacidade funcional e patologias, dispara a necessidade de políticas públicas direcionadas aos idosos e àqueles que destes cuidam.

Em 7 de dezembro de 1993, foi criada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei 8.742, que prevê proteção à velhice com a garantia de um salário-mínimo mensal – Benefício de Prestação Continuada (BPC). A partir daí, a legislação brasileira procurou adequar-se a tal orientação, embora ainda faltem algumas medidas. Em nosso país, as origens da proteção social remontam ao período colonial, quando houve a criação de instituições de cunho assistencial, como a Santa Casa de Misericórdia, e, já em 1888, foi regulamentado o direito a aposentadoria dos funcionários dos Correios<sup>(30)</sup>. É importante ressaltar que o idoso residente em ILPI, mesmo que isto em nada lhe onere, tem direito ao BPC, ficando os dirigentes de tais instituições incumbidos de serem procuradores junto ao INSS.

Em janeiro de 1994, 12 anos após ocorrer o PAME, tido como o marco inicial para a inserção do tema envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas, o Ministério da Saúde brasileiro, por meio da lei 8.842, institui a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o

Conselho Nacional do Idoso. A PNI foi regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948, de 3 de Julho de 1996, e tem por objetivo fundante “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”<sup>(30)</sup>. Esta política detém, em seu arcabouço, um conjunto de ações governamentais que preveem um suporte para que sejam assegurados os direitos sociais dos idosos, considerando que “(...) o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”<sup>(30)</sup>, como instrumento para garantir-lhe a cidadania.

No contexto de desenvolvimento deste estudo, observou-se que, ante o processo de institucionalização, havia a negação do direito ao exercício da cidadania dos idosos, uma vez que estes são expropriados de autonomia, prevalecendo a relação de dependência. não havendo, portanto, uma condição de igualdade de relação e liberdade em face às condições desfavoráveis do poder de escolha e de decisão dos residentes das ILPIs.

Percebe-se que a PNI é um instrumento que, ao longo do tempo, em especial, nas últimas décadas, procura garantir os direitos dos idosos, considerando “(...) as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano no Brasil”<sup>(8)</sup>. Dentre os vários direitos assegurados pela PNI, destacam-se, quanto aos princípios e diretrizes: A participação do idoso na sociedade, junto às organizações, a fim de promover a integração com as demais gerações; a priorização do atendimento pela família ao invés dos asilos; a capacitação e reciclagem de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia; a priorização do atendimento em órgãos públicos e privados, desde que desabrigados ou sem família; a difusão da informação sobre os planos, programas e projetos destinados a este segmento, bem como dos aspectos biopsicossociais que estão ligados ao processo de envelhecimento e o estímulo à criação de formas de atendimento não asilar<sup>(8)</sup>.

Observa-se com estes e outros pontos, que a PNI, procura, além de promover o relacionamento intergeracional e de estimular a integração social, intensificar a responsabilidade da comunidade e da família quanto à manutenção e cuidado com os idosos. O atendimento asilar passa a não mais ser prioridade do Estado, o qual atua apenas em condições especiais, isto é, para atender os idosos que não possuam condições de garantir a sua própria sobrevivência ou tê-la mantida por sua família. A PNI deixa isso claro ao incentivar a criação das casas-lares, hospitais dias, centro de convivências, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares, entre outras. Entretanto, na realidade em que se deu esta pesquisa, estas modalidades praticamente inexistem, ficando os idosos a mercê da

institucionalização e seus responsáveis sem o aparato legal que poderia viabilizar, em alguns casos, a manutenção do idoso no seio familiar.

No tocante ao quesito saúde, a PNI preconiza a atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, ressalta a importância de medidas no sentido da preservação e recuperação da autonomia, a defesa da integridade física e moral, além da integralidade da assistência prestada pelo SUS e o uso da epidemiologia para a fixação de prioridades<sup>(8)</sup>.

A implementação da PNI promoveu a articulação dos Ministérios Setoriais e a Secretaria de Assistência Social elaborou o Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI)<sup>(8,30)</sup>. Observa-se, que alguns avanços foram feitos no sentido de resguardar um envelhecer mais digno e isso se deve em parte pela publicização das questões relativas à velhice. Todavia, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. Isto se deve a vários fatores, que vão desde as incongruências dos textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo, tanto pelos idosos quanto pela população em geral. As dificuldades de se efetivar o que está disposto na legislação estão muito associadas à condição centralizadora a qual se vinculam as políticas públicas no nosso país, além da superposição e desarticulação dos programas e projetos voltados para esta população.

Pode-se considerar a PNI como a matriarca das legislações de proteção ao envelhecimento no Brasil. Contudo esta é uma Política perpassada pelas políticas de saúde, educação e previdência, o que, em parte, repercute nos seus avanços e retrocessos. Por conseguinte, essa política ainda não foi suficiente para garantir plenamente os direitos dos idosos. Para favorecer a sua operacionalização, em agosto de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso (EI).

O EI reúne muitas leis e políticas já aprovadas referentes aos idosos, além de incorporar elementos e enfoques vários, no sentido de dar uma visão integral e de longo prazo, para que medidas sejam adotadas com o intuito de proporcionar o bem-estar deste segmento.

Composto por 118 artigos referentes às diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção aos idosos, o EI tem por um de seus princípios reforçar as diversas diretrizes contidas na PNI, enfatizar a responsabilidade das famílias e da sociedade civil no atendimento às necessidades dos idosos, reafirmando assim as características neoliberais de minimização da ação estatal. Isto se reflete na ausência do Estado nas ações

assistenciais de apoio às ILPIs, que têm sua demanda aumentada, em parte por dificuldades enfrentadas pelas famílias de gerentes, cujos lares raramente possuem cômodos com um mínimo de condições de conforto para abrigar o idoso, restando a estes a simplista solução de serem levados às ILPIs e outras modalidades de abrigo. Esta é uma situação a ser repensada. Em seu capítulo II, o EI trata do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade<sup>(9)</sup>, entretanto com a institucionalização do idoso esses direitos lhes são cerceados em face às regras e rotinas institucionais a eles impostas, quando deixam de ter o direito de ir e vir, de decidir sobre o que querem comer, vestir, quando dormir, de gerenciar seus rendimentos, com quem se relacionar, com quem dividir seus aposentos, entre outros.

Mesmo sendo considerada a maior conquista na área do envelhecimento no Brasil, o EI ainda prescinde de uma efetiva implementação. Para que isto se torne realidade, é necessário que “todos possam vivê-lo no dia a dia, tratando melhor e com dignidade os cidadãos idosos e não apenas esperar que o governo ou alguma instituição cuide deles, pois somente com ações conjuntas, estando a população envolvida poder-se-á dar início a este movimento”<sup>(31)</sup>.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 garantiu o direito universal e integral à saúde, porém, somente seis anos após, a PNI assegura os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Com a promulgação do EI e do Pacto pela Saúde, houve a necessidade de adequação da PNSI, com o acréscimo de emendas e portarias e, em 19 de outubro de 2006, por meio da portaria 2.528, o Ministro de Estado da Saúde aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta tem por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”<sup>(32)</sup>.

Um dos avanços da PNSPI foi a criação da internação domiciliar para idosos, em estado de convalescência, internos nos hospitais do SUS. Essa é uma medida que, embora seja um avanço, não confere alívio à realidade e às necessidades urgentes de famílias e cuidadores de idosos. A internação domiciliar, já efetivada por alguns hospitais, tanto da rede básica

quanto particular, apresenta-se como uma alternativa que privilegia a rede hospitalar. Entretanto isto vem acarretar uma sobrecarga de trabalho e financeira às famílias e aos cuidadores que muitas vezes não têm estrutura financeira, ambiental, física e/ou psicológica de dar continuidade aos cuidados, uma vez que esta modalidade de internação não está atrelada à provisão das condições necessária de cada família para dar continuidade aos cuidados necessários ao idoso, fato que não raras vezes leva as famílias a procurar ajuda nas ILPIs<sup>(33)</sup>.

A PNSPI apresenta diretrizes, dentre elas estão a promoção do envelhecimento saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa<sup>(32)</sup>.

O texto da PNSPI entende o envelhecimento bem sucedido, a partir de três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida. No entanto, para que estes pontos possam ser atendidos, no contexto das ILPIs, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde percebam e entendam que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo, que as ações de prevenção não estão limitadas àqueles com menos de 60 anos e que é importante vencer preconceitos e mitos<sup>(32)</sup>.

Diante do exposto, percebe-se uma ampla proteção legal ao idoso. Contudo, são necessários instrumentos de apoio para que as famílias se estruturem, a fim de garantir uma convivência saudável entre seus membros, relacionada à responsabilidade com seus idosos, dirimindo os riscos de conflitos neste novo papel. A família tem a seu cargo um papel essencial no cenário social brasileiro, sendo a principal responsável pela proteção, afetividade, alimentação, habitação, respeito, companheirismo e cuidados e acompanhamento da saúde.

A partir dos anos 80 do sec. XX, começou a aumentar o número de instituições asilares, hoje ILPI, em resposta ao aumento da demanda da população idosa, com a respectiva diminuição do suporte familiar. Diante deste contexto, a legislação relativa ao asilamento de idosos vem evoluindo e se transformando.

O crescimento da população idosa e a elevada expectativa de vida, com aumento quantitativo de idosos mais idosos, levam à insegurança quanto à qualidade de cuidados destinada a estes idosos, que experimentam a redução da capacidade física e cognitiva e exigem que as instituições ofereçam, além de apoio social, serviços de atenção à saúde. A diferenciação

de cuidados requeridos, aliado às mudanças nas características da população asilar, vem demandando transformações nos antigos asilos e consequentemente na legislação<sup>(11)</sup>.

Dentro do arcabouço legal, a Portaria 810 de setembro de 1989 “aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional”<sup>(34)</sup>. Durante uma década, essa foi a única regulamentação especificamente dirigida às instituições para idosos, definidas, nela, como estabelecimentos com denominações diversas, correspondente aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer e desenvolver outras atividades características da vida institucional dos usuários<sup>(34)</sup>.

Em 2000, a Portaria nº 2.874 da Secretaria de Estado de Assistência Social afirma que devem ser mantidas as modalidades de atendimento prestadas a idosos em instituições asilares e que se deve lançar mão de outras modalidades de atendimento que priorize a manutenção dos idosos com a família. As novas modalidades referidas são: casa-lar, república, centro-dia, centro de convivência e atendimento domiciliar<sup>(33)</sup>. Contudo, este não tem sido um panorama difundido de forma igual e equânime no território nacional.

Em 2001, a Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001, que passa a fazer parte da regulamentação da Política Nacional do Idoso, estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município. Ressalta, como ponto fundante, a participação do idoso, na família, na sociedade, nos fóruns e nos conselhos. Nos conselhos, a participação se dá nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso. As modalidades referidas nesta portaria são: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar e atendimento asilar<sup>(35)</sup>.

Em julho de 2005, foi implementada a Norma de Operacional Básica (NOB 1/05), que “consagra os eixos estruturantes para a realização do pacto a ser efetivado entre os três entes federados e as instâncias de articulação, pactuação e deliberação, visando a implementação e consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Brasil”<sup>(36)</sup>. Esta considera o atendimento em ILPI, como um Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade devendo, portanto, ser executado em parceria com os estados, municípios e a

sociedade civil. Afirma que os cuidados de longa permanência destinam-se àqueles idosos cuja autonomia física e/ou mental esteja limitada e que sua família não possua meios financeiros, físicos ou emocionais para sua manutenção<sup>(33)</sup>.

Diante da expansão do número de instituições e da evidência da falta de estrutura em recursos físicos e humanos, da necessidade de garantir aos idosos residentes em ILPI os direitos assegurados na legislação, de promover medidas de prevenção e redução dos riscos à saúde e de definir os critérios mínimos para o funcionamento, avaliação e mecanismos de monitoramento destas instituições, além de qualificar a prestação de serviços, instituições públicas ou privadas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a Resolução da Diretoria Colegiada 283 (RDC 283).

Esta RDC, posteriormente, recebeu pequenas correções através da RDC 94<sup>(37)</sup>. Na RDC 283 encontra-se o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as ILPIs de caráter residencial. Os residentes, nesta resolução, foram classificados segundo o grau de dependência de cuidado em três modalidades, conjugando o quadro de pessoal pertinente a cada uma destas modalidades: a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda (um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia); b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada (um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno); c) Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno)<sup>(38)</sup>.

A RDC 283 responsabiliza-se também pela articulação das ILPIs com os serviços públicos de saúde nas instâncias do SUS, a fim de que seja estabelecido um plano bianual de atendimento aos idosos institucionalizados. Contudo, este é um ponto que na prática não tem sido observado. Percebe-se que, mesmo tendo sido um avanço, as novas regras criadas pela RDC 283 precisam ser discutidas e aperfeiçoadas com vistas a uma melhor efetividade e eficiência.

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem suas normas estabelecidas pela Portaria Nº 648 do Ministério da Saúde em 2006, tem o território como base para a sua organização. Cabe às equipes da ESF realizar o atendimento básico de saúde da população da região a ela adstrita. A legislação da Atenção Básica fala em “*população residente*” e prescreve a atuação em *diferentes espaços*

*comunitários, o que inclui quem quer que resida no território de atuação ou faça uso dos serviços locais”<sup>(33)</sup>.*

A necessidade de um atendimento público dos idosos, evento outrora considerado como próprio da esfera familiar, tornou-se hoje uma questão a ser enfrentada pelo poder público. Sendo assim, destaca-se a necessidade de assegurar que o envelhecimento ativo ocupe um lugar fundamental, tanto no âmbito nacional como internacional.

Este breve levantamento traz à tona alguns vieses dessa legislação, ressalta a importância da inclusão da modalidade ILPI nas ações de vigilância bem como da necessidade urgente de uma legislação que proporcione meios às famílias de idosos, principalmente aqueles frágeis e dependentes, de os manterem no seio familiar. A família deve ser apoiada e ter acesso às condições que respaldem o seu papel de mantenedora na guarda e na proteção de seus entes idosos, para que possam promover as condições dignas de convivência e meios de bem viver os anos a mais que tanto se tem propagado como uma conquista.

Diante do exposto, pode-se observar que houve alguns avanços no sentido de resguardar um envelhecer mais digno, em parte pela publicização das questões relativas à velhice. Todavia, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. Isto se deve a vários fatores, que vão desde as contradições dos próprios textos legais até o (des)conhecimento de seu conteúdo, tanto pelos idosos quanto pela população em geral. As dificuldades de se efetivar o que está disposto na legislação estão associadas à condição centralizadora a qual estão vinculadas as políticas públicas no Brasil, além da superposição e da desarticulação dos programas e projetos voltados para esta população.

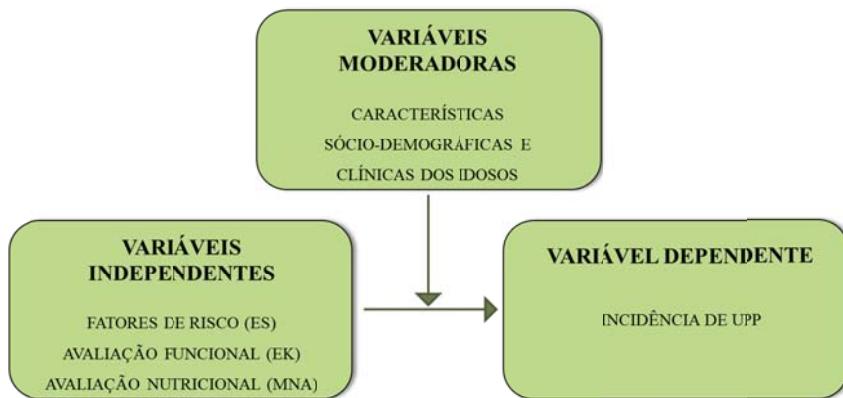
Embasado nesses fatos, pode-se perceber a importância de se ampliar o conhecimento sob essa temática, posto que, o saber aqui produzido, além de subsidiar novas reflexões, contribuirá para a construção de propostas e/ou definições de novas estratégias assistenciais dentro das políticas de saúde de atenção ao idoso. No que concerne especificamente aos profissionais de enfermagem, proporcionará um rico material para o aprimoramento de uma ciência da enfermagem sobre o tema.

Esta pesquisa tem como pressuposto que a capacidade funcional, nutricional e os fatores de risco influenciam no risco para o desenvolvimento de UPP. A partir deste entrelaçamento foram propostas as hipóteses do estudo.

## 2.2 Hipótese do Estudo

As hipóteses do estudo resultaram da compreensão do problema proposto a partir do tema desta pesquisa, levando-se em conta as variáveis moderadoras, independentes e dependentes identificadas. O modo de associação dessas variáveis pode ser visto no modelo proposto na Figura 1.

**Figura 1** – Modelo de associação entre as variáveis independentes e moderadoras na determinação da variável dependente



Diante do modelo apresentado, as hipóteses trabalhadas nesta tese foram:

$H_1$ : A associação de fatores de risco, avaliação funcional e nutricional influenciam na incidência de úlceras por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos.

$H_0$ : A associação de fatores de risco, avaliação funcional e nutricional não influenciam na incidência de úlceras por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos.

Para verificação das hipóteses do estudo, utilizamos as seguintes hipóteses estatísticas:

- $H_0 = \text{INCIDÊNCIA DE UPP}$  independe  $\mu$  KATZ, MNA, BRADEN (Teste de Mann Whitney, p-valor > 0,05).
- $H_1 = \text{INCIDÊNCIA DE UPP}$  depende  $\mu$  KATZ, MNA, BRADEN (Teste de Mann Whitney, p-valor  $\leq 0,05$ ).

Em que,

- **$H_0$**  = Hipótese nula.
- **$H_1$**  = Hipótese alternativa.
- $\mu$  = Média.
- **KATZ**= Avaliação funcional (Escala de KATZ).
- **BRADEN**= Escala de Braden.

- **MNA** = Mini Avaliação Nutricional.

## 2.3 Objetivos

### 2.3.1 Objetivo geral

Analisar a associação de fatores de risco com a avaliação funcional e nutricional e sua influência na incidência de úlceras por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos do município de João Pessoa.

### 2.3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos idosos institucionalizados
- Identificar a incidência de UPP em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.
- Verificar, utilizando a Escala de Katz, o nível de independência funcional de idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.
- Avaliar o risco para desenvolvimento de UPP, utilizando a Escala de Braden, em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.
- Avaliar o estado nutricional apresentado por esses idosos, utilizando a Mini Avaliação Nutricional (MNA).
- Determinar a associação estatística existente entre o nível de independência funcional, avaliado pela escala de Katz, o estado nutricional, determinado pela Mini Avaliação Nutricional, e o risco de desenvolvimento de UPP, determinado pela escala de Braden.

**Observação:** Os objetivos específicos foram distribuídos entre os artigos originais, que compõem o corpo empírico desta tese.



**3**

**ÚLCERA POR PRESSÃO EM  
RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES DE  
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS:  
REVISÃO INTEGRATIVA  
(ARTIGO 01 – DE REVISÃO)**

# **ÚLCERA POR PRESSÃO EM RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

## **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o que versam as produções científicas de enfermagem sobre úlcera por pressão em residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos no período 2003 a 2013. **Metodologia:** Revisão integrativa realizada a partir das bases de dados MEDLINE, LILACS, IBECS, SciELO e a biblioteca BIREME, consideradas as publicações de 2003 a 2013, filtradas pelos seguintes descritores: Úlcera por pressão; Enfermagem; Instituição de Longa Permanência para Idosos e seus análogos em inglês e espanhol. **Resultados:** Obteve-se um total de 21 artigos. O resultado do estudo determinou que entre os temas mais abordados encontram-se: Desenvolvimento e validação de instrumentos, determinação e associação dos fatores de risco, incidência, prevalência e aspectos relacionados ao tratamento e custos financeiros. **Conclusão:** Diante da incipiente produção de estudos com este enfoque no Brasil, esta pesquisa abre um importante caminho para futuras produções científicas nacionais.

**Palavras Chave:** Úlcera por Pressão. Enfermagem. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

## **INTRODUÇÃO**

O crescimento da população idosa é um fato mundialmente vivenciado. No Brasil, o aumento quantitativo de idosos deu-se de forma acelerada e ainda terá uma longa jornada de transformações. Dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou um aumento da população com 65 anos ou mais, que de 4,8% em 1991, alcança 5,9% em 2000 e atinge, em 2010, o percentual de 7,4%. Isso demonstra um aumento de 2,6 pontos percentuais nestas duas décadas. A esperança de vida ao nascer, neste mesmo período passou de 69,8 para 73,9 no âmbito nacional<sup>(1)</sup>.

Assim, o cenário nacional, em um curto período de tempo, configura-se não mais como um país de indicadores inerentes a uma população jovem, mas sim, com um panorama próprio de uma população idosa, no qual as doenças crônico-degenerativas e a síndrome de fragilidade assumem destaque, principalmente naqueles idosos mais idosos (acima de 80 anos). Em 2010, a parcela octagenária já representava cerca de 1% do total da população brasileira. De encontro ao bônus do aumento dos anos vividos, estão os fatores que elevam a dependência e a necessidade de cuidados<sup>(2)</sup>.

Historicamente, coube à família o cuidar dos mais velhos, e, ao longo da história, essa atribuição tem sido uma especificidade feminina. Entretanto, a mulher de hoje tem um perfil diferenciado da de gerações passadas, são mais escolarizadas, têm menos filhos, estão ativas no mercado de trabalho. Congregado a isto, tem-se os novos arranjos familiares, casamentos em idade mais avançadas ou mesmo a escolha de se manter solteira, aumento no número de separações e (re)casamentos, além do fato de que o envelhecimento não é próprio

de um indivíduo e sim da população, levando a ter idosos cuidando de idosos. Todos estes fatos levam à perspectiva da diminuição na oferta de cuidadores familiares.

No Brasil, tanto a Constituição Federal, quanto a Política Nacional do Idoso preconizam que o idoso seja mantido, preferencialmente, no seio familiar. Todavia, o que se percebe é um cenário diferente deste, com uma crescente procura pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)<sup>(3)</sup>.

Embora não haja uma conformidade no tocante ao que se entende por ILPI, sabe-se que sua origem se deu conjugada aos asilos, os quais se destinavam àqueles que viviam em precariedade e que necessitavam de abrigo. Os asilos estavam ligados à caridade cristã em consequência da ausência de políticas públicas<sup>2</sup>.

Apesar da diversidade de público, há nas ILPIs um ponto em comum: idosos que vivenciam o processo de envelhecimento fisiológico ou patológico. Processo, este, onde ocorrem várias modificações, destacando-se as alterações tegumentares: lentificação da renovação epidérmica; adelgaçamento da derme; diminuição da lubrificação devido à redução no número de glândulas sebáceas; ressecamento devido à redução no número de glândulas sudoríparas; hipertrofia das células de pigmentação; redução da vascularização, perda na elasticidade da pele; dificuldade de ajuste às variações térmicas do meio ambiente e diminuição da sensibilidade. Associado a estes fatores, o idoso apresenta a diminuição do tecido subcutâneo e da massa muscular acarretando maior exposição das proeminências ósseas e diminuição na capacidade do tecido de distribuir a pressão<sup>(4,5)</sup>. Estes fatores, em concomitância com a mobilidade física prejudicada, as alterações do estado nutricional, a incontinência anal e urinária, tornam esta população suscetível à formação da Úlcera por Pressão (UPP\*).

As UPPs causam dor física e psicológica, possuem lenta recuperação e são frequentemente acompanhadas de condições mórbidas. Estudos demonstraram que sua ocorrência leva ao aumento da utilização dos recursos de saúde, tais como o tempo de internação, os custos de tratamento e o tempo da equipe de enfermagem, que as colocam como um grave problema que afeta diretamente o bem-estar<sup>6</sup>.

Embora a UPP possa ocorrer em todas as faixas etárias, os idosos têm maior risco de desenvolvê-las. 70% a 73% daqueles que desenvolvem UPP possuem mais de 65 anos. Ao se considerar que pessoas a partir de 85 anos constituem o segmento populacional que mais cresce e que 70% das úlceras por pressão ocorrem em adultos com mais de 70 anos de idade,

\* Optou-se por utilizar a abreviatura UPP tanto para a denominação Úlcera por Pressão, Úlcera de Pressão e o termo em inglês *Pressure Ulcer*.

ter-se-á, nas próximas décadas, um aumento significativo tanto da população que necessitará de cuidados quanto do número de pessoas em risco de desenvolver úlceras por pressão<sup>(6)</sup>. Esta congregação de fatores levará ao aumento da procura por instituições que promovam cuidados de longa duração e da necessidade premente de uma enfermagem apta para tal tarefa.

Kwong fez um paralelo da incidência de UPP entre idosos hospitalizados, em atendimento ambulatorial e institucionalizados. Nesta pesquisa, referiu-se a vários estudos anteriores que detectaram uma significativa incidência de UPP em idosos residentes em instituições de longa permanência (11,9% a 39,4%), principalmente se relacionados ao percentual de idosos hospitalizados (6,2% a 8,8%) e de idosos em regime de ambulatório (1,61%)<sup>(6)</sup>.

No Brasil, são parclos os estudos sobre prevalência e incidência de UPP em ILPIs. Numa pesquisa realizada na cidade de São Paulo em seis ILPIs, detectou-se uma prevalência de 10,95%<sup>(7)</sup>. Outro trabalho, realizado em Fortaleza (CE), analisou 300 prontuários de idosos residentes em uma ILPI na qual foi detectada uma taxa de prevalência de 18,8%<sup>(8)</sup>. Os índices de prevalência e incidência apontam para a magnitude da ocorrência das UPPs na população de idosos institucionalizados.

Atualmente, tem-se a clareza da multifatorialidade na etiologia das UPPs e de serem estes eventos preveníveis com a adoção de medidas adequadas e da compreensão da abrangência do cuidado da enfermagem e demais profissionais da saúde, entendendo que a prevenção da UPP é um processo prioritário e não é estático<sup>(9)</sup>.

Dentre as atitudes inerentes ao lidar com a UPP, o enfermeiro deve proceder à avaliação do indivíduo para a efetivação do cuidado, atentando para que o início precoce tanto de programas de prevenção, quanto da implementação de planos de cuidados apropriados que contemplem medidas para manutenção da integridade da pele e prevenção de complicações são sejam ações inerentes ao fazer da enfermagem. Vale ressaltar que a atenção deve pautar-se para além do plano bio-fisiológico, levando-se em consideração o indivíduo como um todo, um ser social, que também está exposto a sentimentos de medo e insegurança, elementos que podem retardar a recuperação ou promover o aparecimento de lesões.

Neste contexto, compete à enfermagem, a busca de conhecimentos científicos no intuito de não apenas evitar as UPPs, mas entender o indivíduo como um todo, e promover assim um cuidado resultante de uma reflexão crítica das reais necessidades deste. Diante da carga laborativa dos enfermeiros, a busca e elaboração do conhecimento podem ser facilitadas

por meio da compilação e análise das informações já produzidas. Neste intento, emerge essa abordagem – revisão integrativa, encorajando a assistência à saúde fundamentada em um conjunto de obras de conhecimento científico, com resultados qualificados.

A relevância deste estudo tem por base a congregação do conhecimento produzido dentro da perspectiva da produção da enfermagem sobre a temática úlcera por pressão em residentes de instituições de longa permanência para idosos. Busca, nas bases de dados, os conhecimentos, as novas tecnologias e as experiências em um cenário específico, disponibilizando de forma concisa e precisa as informações produzidas a partir de diversos estudos.

## OBJETIVO

Analizar o que versam as produções científicas de enfermagem sobre úlcera por pressão em residentes de instituições de longa permanência para idosos no período 2003 a 2013.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura<sup>(†)</sup>, método que surgiu como um dos instrumentos para pesquisa da Prática Baseada em Evidências, que permite aos pesquisadores uma aproximação à temática que deseja estudar, por meio da síntese de pesquisas e estudos já realizados com o intuito de munir o pesquisador de fatos que favoreçam a compreensão de um tema em particular.

A Revisão Integrativa (RI) é um método que além de possibilitar a síntese do estado da arte de um determinado assunto, aponta as soluções de continuidade existentes no conhecimento já produzido e indica as lacunas a serem preenchidas<sup>(10)</sup>, pois se utiliza de conhecimentos empíricos e não empíricos de forma ampla. Para a Enfermagem, esse método proporciona um ambiente favorável ao estudo e desenvolvimento de conceitos e teorias referentes a agravos à saúde, possibilitando a construção de um saber fundamentado e uniforme para uma prática clínica com potencial crítico e qualificado.

O processo de elaboração da Revisão Integrativa é composto por seis etapas<sup>(10-13)</sup>: 1) identificação do tema e seleção da pergunta norteadora; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão (busca na literatura); 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados (Coleta de dados); 4) Categorização dos estudos selecionados 5) Análise e

<sup>(†)</sup> É parte de um estudo maior intitulado Prevalência e incidência de úlcera por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos (Tese de Doutorado).

interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão / síntese do conhecimento. Alguns autores fazem uma diferenciação dos termos que designam estas etapas, entretanto a sistematização da revisão é única.

Após definição do objeto de estudo, procedeu-se com a leitura de diversos artigos para subsidiar um raciocínio teórico e apreender algumas definições. Assim, deu-se início a revisão, com a definição do problema para a formulação da questão: Como vem sendo estudado o agravo à saúde úlcera por pressão pela Enfermagem no contexto das Instituições de Longa permanência para Idosos?

Para respondê-la, foi feita uma busca no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – Terminologia em Saúde, foram definidos os seguintes descritores: Úlcera por pressão. Enfermagem. Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), e seus correlatos nos idiomas inglês (Pressure Ulcer. Nursing. Homes for Aged) e espanhol (Úlcera por Presión. Enfermería. Hogares para Ancianos). Na busca por artigos, foram utilizados também termos semelhantes – úlcera de pressão, escara, asilo, casa de repouso e abrigo para idosos.

Utilizou-se como critérios de inclusão os artigos completos e originais disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2003 a 2013 e que contemplassem a temática referente ao objeto de estudo. A pesquisa na base de dados ocorreu de 04 de dezembro de 2013 a 27 de janeiro de 2014.

Ao utilizar a combinação dos descritores Úlcera por pressão, Enfermagem e Instituição de Longa Permanência para Idosos, obteve-se inicialmente, como resultado da pesquisa, um total de 74 itens, dos quais, com a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 8 artigos. Diante do reduzido número de publicações, optou-se por fazer as combinações dos descritores Úlcera por pressão e Enfermagem, obtendo-se como resultado um total de 3.913 itens, que após o uso dos critérios de inclusão e verificação de ter como lócus a ILPI resultou em 16 artigos. A combinação dos descritores Úlcera por pressão e Instituição de Longa Permanência para Idosos teve como resultado inicial 165 itens, dos quais só 21 tinham participação da enfermagem. Utilizando-se a combinação Úlcera por pressão e Idoso, alcançou-se inicialmente o resultado de 3.891 itens, entre os quais 85 eram provenientes de ILPI com participação direta da Enfermagem. Levando-se em conta as três

combinações utilizadas na pesquisa, alcançou-se um total de 130 artigos. Excluindo-se os 25 artigos repetidos, obteve-se nesta primeira fase 105 artigos, assim distribuídos: MEDLINE: 98 artigos, LILACS: 6 artigos BDENF: zero artigo e IBECS: 1 artigo.

Nos resultados obtidos, observou-se uma escassez de produção nacional. Portanto, optou-se por uma pesquisa direta na base de dados do SciELO com as mesmas combinações de descritores. Para a combinação Úlcera por pressão, Enfermagem e Instituição de Longa Permanência para Idosos, nenhum artigo foi encontrado; para os descritores Úlcera por pressão e Enfermagem, 26 artigos; para os descritores Úlcera por pressão e Instituição de Longa Permanência para Idosos, 2 artigos; e para os descritores Úlcera por pressão e Idoso, 2 artigos. Retirando-se as repetições obteve-se um total de 25 artigos. Somando-se o resultado da busca do SciELO com o obtido nas bases anteriores, chegou-se a um total de 130 artigos.

Dando sequência, realizou-se uma avaliação dos títulos e resumos dos artigos com vistas a averiguar a adequação de cada artigo à proposta da revisão, ou seja, o que versam as produções científicas de enfermagem sobre úlcera por pressão em residentes de instituições de longa permanência para idosos. Neste contexto, foram selecionados 25 artigos.

Os artigos na íntegra foram avaliados, de forma independente, pela autora e coautora, e destes, 21 artigos fizeram parte da amostra, por estarem em conformidade com os critérios pré-determinados.

Os resultados foram apresentados em quadros e por meio da estatística descritiva.

## RESULTADOS

A amostra final constitui-se de 21 artigos, resultantes da busca de estudos produzidos pela Enfermagem e relacionados à temática UPP em residentes de ILPI (Quadro 1). As informações foram transportadas para banco de dados próprio, analisadas e os resultados expressos em quadros.

**Quadro 1 – Identificação dos artigos incluídos no estudo segundo o título, autores, o ano de publicação e a base de dados**

Nº ID.*	TÍTULO	AUTOR(ES)	ANO	BASE DE DADOS
(5)	Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados	Souza DMST de, Santos VLC de G.	2007	LILACS
(6)	Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors	Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS.. J Adv.	2009	MEDLINE
(7)	Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo	Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM.	2009	LILACS

Nº ID.*	TÍTULO	AUTOR(ES)	ANO	BASE DE DADOS
(8)	Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco	Freitas MC de, ABF, Guedes MVC, Almeida PC de, Galiza FT de, Nogueira J de M.	2011	LILACS
(14)	Pressure ulcers in long-term care	White-Chu EF, Flock P, Struck B, Aronson L.	2011	MEDLINE
(15)	A randomized clinical trial on preventing pressure ulcers with wheelchair seat cushions	Brienza D, Kelsey S, Karg P, Allegretti A, Olson M, Schmeler M, et al.	2010	MEDLINE
(16)	Increased fluid intake does not augment capacity to lay down new collagen in nursing home residents at risk for pressure ulcers: A randomized, controlled clinical trial	Stotts NA, Hopf HW, Kayser-Jones J, Chertow GM, Cooper BA, Wu HS.	2009	MEDLINE
(17)	Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers.	Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V.	2012	MEDLINE
(18)	Preventing Pressure Ulcers in Long-term Care	Ba' Pham, Anita S, Wendong C, Beate S, Ava John-Baptiste, Hla-Hla T, et al.	2011	MEDLINE
(19)	Pressure ulcer prevalence among black and white nursing home residents in New York state: evidence of racial disparity?	Cai S, Mukamel DB, Temkin-Greener H.	2010	MEDLINE
(20)	Association of race and sites of care with pressure ulcers in high-risk nursing home residents	Li Y, Yin J, Cai X, Temkin-Greener J, Mukamel DB.	2011	MEDLINE
(21)	Pressure ulcer among terminally ill nursing home residents	Kayser-Jones J, Kris AE, Lim KC, Walent RJ, Halifax E, Paul SM.	2008	MEDLINE
(22)	Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros	Medeiros ABF, Lopes CHA de F, Jorge MSB.	2009	SciELO
(23)	Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment	Mertens EI, Halfens RJ, Dietz E, Scheufele R, Dassen T.	2008	MEDLINE
(24)	La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores. Obstáculos y facilitadores	Rodríguez PM, Vallejo SJM	2010	IBECS
(25)	Management and treatment of decubital ulcers of an elderly population in the assisted sanitary residence of Futura-Viagrande (Catania, Sicily, Italy)	Santangelo A, Testaì M, Ossino MC, Barbagallo P, Crisafulli C, Muscarà G, et al.	2009	MEDLINE
(26)	Quality improvement implementation in the nursing home	Berlowitz DR, Young GJ, Hickey EC, Saliba D, Mittman BS, Czarnowski E, et al	2003	MEDLINE
(27)	Nursing home work environment and the risk of pressure ulcers and incontinence	Temkin-Greener H, Cai S, Zheng NT, Zhao H, Mukamel DB.	2012	MEDLINE
(28)	Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care - Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items	Lahmann NA, Tannen A, Dassen T, Kottner J.	2011	MEDLINE
(29)	Estudos clínicos sobre úlcera por pressão	Souza TS de, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR.	2010	SciELO

Nº ID.*	TÍTULO	AUTOR(ES)	ANO	BASE DE DADOS
(30)	Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings	Poss J, Murphy KM, Woodbury MG, Orsted H, Stevenson K, Williams G, et al.	2010	MEDLINE

\* Número de identificação dos artigos entre parênteses representam respectivamente sua ordem de referência.

Houve maior concentração de publicação nos anos de 2009 e 2010, com 5 artigos em cada ano (47,6%), seguido dos anos de 2011 com 4 (19,1%); 2008 com 3 (14,3%); 2012, com 2 (9,5%) estudos; 2007 e 2003 com 1 artigo cada (9,5%). Os anos de 2004, 2005 e 2013 não tiveram artigos que correspondessem às características inerentes ao estudo. Dos 21 artigos, 16 (76,2%) estão em inglês, destes 6 (37,4%) têm como país de origem os EUA; 3 (18,8%) não foi possível identificar o país de origem; 2 (12,5%) foram do Canadá; 2 (12,5%) da Alemanha e os 3 (18,8%) artigos restantes tiveram como países de origem: China, Itália e Brasil. Quanto à língua, 3 (14,2%) artigos estão em português e tiveram sua origem no Brasil. 1 (4,8%) artigo em espanhol e país de origem a Espanha, 1 (4,8%) artigo, originado no Brasil, mas produzido originalmente em inglês, possuía traduções para português e espanhol. Quanto ao país de publicação, 14 (66,7%) foram publicados nos EUA; 5 (23,8%) em periódicos nacionais; e 2 (9,5%) no Reino Unido e na Espanha (Quadro 2).

**Quadro 2** – Distribuição de artigos incluídos no estudo de acordo com idioma e ano de publicação, país de origem do estudo e país de publicação

Nº ID.*	IDIOMA DE PUBLICAÇÃO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS DE ORIGEM	PAÍS DE PUBLICAÇÃO
(5)	Inglês (Por. e Esp.)	2007	Brasil	Brasil
(14)	Inglês	2011	USA	USA
(6)	Inglês	2009	China	USA
(7)	Inglês	2009	Brasil	Brasil
(8)	Português	2011	Brasil	Brasil
(15)	Inglês	2010	S/R**	USA
(16)	Inglês	2009	S/R	USA
(17)	Inglês	2012	S/R	USA
(18)	Inglês	2011	Canadá	USA
(19)	Inglês	2010	USA	USA
(20)	Inglês	2011	USA	USA
(21)	Inglês	2008	USA	USA
(22)	Português	2009	Brasil	Brasil
(23)	Inglês	2008	Alemanha	USA
(24)	Espanhol	2010	Espanha	Espanha
(25)	Inglês	2009	Italia	USA
(26)	Inglês	2003	USA	USA
(27)	Inglês	2011	USA	USA
(28)	Inglês	2010	Alemanha	USA
(29)	Português	2010	Brasil	Brasil
(30)	Inglês	2010	Canadá	United Kingdom

\*Número de identificação dos artigos entre parênteses representam respectivamente sua ordem de referência.

\*\*S/R – Sem Registro

Quanto aos temas enfocados, 6 (28,5%) versavam sobre fatores de risco/prevenção para UPP<sup>(5,14-18)</sup>; 5 (23,8%) artigos sobre prevalência/incidência<sup>(6-8,19,20)</sup>; 4 (19,1%) tratavam da gerência e manejo da UPP<sup>(21,22,24,25)</sup>; 2 (9,5%) traziam medidas para melhoria da assistência<sup>(26,27)</sup>; 2 (9,5%) artigos com desenvolvimento/validação de instrumentos<sup>(23,27)</sup>; 1 (4,8%) artigo sobre Avaliação da escala/subescalas de Braden<sup>(28)</sup> e 1(4,8%) sobre UPP em geral<sup>(29)</sup>.

**Quadro 3** – Artigos incluídos no estudo segundo os objetivos, amostra, tipo de estudo e principais resultados

Nº ID*	OBJETIVOS	AMOSTRA/ TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
(5)	Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento UPP em idosos institucionalizados.	94 idosos/ Estudo de coorte	Os escores totais da Escala de Braden diferiram entre os grupos com e sem UPP. Na primeira ( $p=0,030$ ) e última avaliações ( $p=0,001$ ), umidade, nutrição e fricção e cisalhamento foram significativamente diferentes entre os idosos com e sem UPP, sempre piores entre os primeiros. Sexo feminino e úlcera prévia foram preditivos.
(14)	Analisar a importância, fatores de risco, fisiopatologia, prevenção, diagnóstico e tratamento de UPP em cuidados de longa duração.	S/R/ Revisão bibliográfica	Os dados mostram que a população residente em lares de idosos tem uma incidência de UPP de 11%. A prevenção depende muito da adoção de medidas simples e sistemáticas. Estadiamento preciso e avaliação são fundamentais para melhor tratamento.
(6)	Avaliar a incidência de UPP e fatores que afetam seu desenvolvimento entre os residentes do lar de idosos mais velhos.	346 idosos/ Estudo de coorte	A incidência de UPP foi de 25,16%. Nos acamados ou cadeirantes, especialmente aqueles com co-morbidades e que vivem em lares onde não havia enfermeiras, mas mais auxiliares de enfermagem, estavam em maior risco de desenvolver UPP.
(7)	Identificar a prevalência de UPP em idosos que vivem em instituições de longa permanência.	365 idosos/ Estudo transversal	A prevalência média entre as duas visitas foi de 10,95%.
(8)	Analizar a prevalência e os fatores de risco das UPP em idosos institucionalizados.	300 prontuários/ Estudo retrospectivo	Como fatores de risco, foram elencados: DCNT, HAS, AVE; Medicamentos (antitérmico, antibiótico). Prevalência – 2006 (23,2%), 2007 (11,1%), 2008 (19,9%) e 2009 (21,3%).

Nº ID*	OBJETIVOS	AMOSTRA/ TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
(15)	Determinar a eficácia de almofadas no assento da cadeira de rodas para proteção da pele e prevenção de UPP na população de idosos do lar de idosos.	232 idosos/ Ensaio clínico randomizado	180 participantes chegaram ao ponto final do estudo. Houve 8/119 (6,7%) úlceras isquiáticas no grupo SFC (almofada de espuma segmentada) e 1/113 (0,9%) no grupo de SPC (almofadas de proteção da pele) ( $p<0,04$ ). No grupo combinado de úlceras isquiáticas e úlceras sacral/cóccix, houve 21/119 UPP (17,6%) no grupo de SFC e 12/113 (10,6%) no grupo de SPC ( $p=0,14$ ).
(16)	Determinar se a administração de fluido suplementar para os residentes do lar de idosos em risco de UPP aumentaria a deposição de colágeno.	64 idosos/ Ensaio clínico randomizado e controlado	Potencial dos participantes para curar com hidroxiprolina foi baixa no início e não aumentou significativamente durante o tratamento quando o líquido adicional foi fornecido de forma sistemática.
(17)	Determinar se a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) previne ou ajuda a curar UPPs em residentes de casas de repouso com avançado comprometimento cognitivo (ACI).	1540 idosos/ Estudo de coorte	Residentes pareados com e sem uma inserção PEG mostraram-se semelhantes quanto às características sociodemo-gráficas. Quanto aos fatores de risco, os moradores hospitalizados com um tubo PEG eram 2,27 vezes mais propensos a desenvolver uma nova UPP. Por outro lado, aqueles com uma UPP foram menos propensos a ter cura, quando eles tinham uma inserção PEG.
(18)	Avaliar o custo-efetividade de estratégias baseadas em evidências para melhorar a prática atual de prevenção em instalações de cuidados de longo prazo.	18.325 Idosos/Estudo de coorte	Se os gestores estão dispostos a pagar até Can\$ 50.000 (Dólar canadense) para um ganho de QALY ( <i>quality-adjusted life-year</i> ), a probabilidade de que melhorar a prevenção é rentável é de 94% (estratégia 4), 82% (estratégia 1), 43% (estratégia 3) (estratégia, e de 1% 2).
(19)	Examinar se as diferenças na prevalência de UPP entre brancos e pretos se deve às disparidades nas instalações.	59.740 idosos/ Estudo transversal	Maior prevalência em negros (18,2%) que em brancos (13,8%). As instalações de negros tinham piores qualidades e profissionais menos qualificados e em menor quantidade.
(20)	Determinar a tendência longitudinal das disparidades raciais na prevalência de UPP entre os residentes de alto risco nos lares de enfermagem.	2,1 milhões brancos e 346 808 negros/ Estudo de coorte	Taxa de úlcera de pressão diminuiu globalmente de 2003 para 2008, entretanto moradores negros dos lares de idosos apresentaram taxas de úlcera de pressão persistentemente mais elevadas do que os residentes brancos.
(21)	Descrever e analisar as experiências e os cuidados dos moradores do lar de idosos com doenças terminais que foram admitidos com UPP ou que adquiriram úlceras de pressão após a admissão.	117 idosos/ Estudo prospectivo	Um total de 64 (54,7%) dos 117 moradores com doenças terminais no estudo tinham UPP; 52 (81,3%) dos quais morreram com UPP. Pessoal inadequado e falta de fiscalização levou à assistência inadequada na hora das refeições, no reposicionamento frequente e nos cuidados com a incontinência, o que levou à perda de peso, a pressão não aliviada em proeminências ósseas e pele úmida e irritada.

Nº ID*	OBJETIVOS	AMOSTRA/ TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
(22)	Identificar as produções bibliográficas sobre ações de prevenção e tratamento realizadas por enfermeiros, publicadas no período de 1999 a 2004.	30 artigos/ Levantamento bibliográfico	Identificaram-se três aspectos mais enfocados: prevenção das UPPs; tratamento das UPP e cuidados de enfermagem com as UPPs.
(23)	Avaliar a possibilidade de avaliar o risco de úlceras de pressão, bem como a dependência de cuidados com um instrumento padronizado para asilos e hospitais.	39 lares de idosos alemães e 37 hospitais 10,000 participantes/ Estudo transversal	Resultados validade de construto do Care Dependency Scale (CDS) foram de $r=0,79$ ( $P<0,01$ ) em casas de repouso e $r=0,89$ ( $P<0,01$ ) nos hospitais. Análises identificaram a "mobilidade" como um item fundamental em ambas as configurações e diferentes itens-chave adicionais para asilos e hospitais.
(24)	Conhecer a gestão de UPP em lares de idosos e os obstáculos ao seu tratamento adequado, e estratégias para aperfeiçoar o atendimento.	S/R Revisão bibliográfica	A adoção de diretrizes para melhores práticas de prevenção e tratamento da UPP oferece uma alta variabilidade. São detectadas barreiras ao nível da gestão e das instituições, os custos econômicos, materiais, treinamento da equipe, atitudes e motivações, implementação de cuidados.
(25)	Avaliar a evolução das úlceras de decúbito na RSA ( <i>Assisted Sanitary Residence</i> ), em termos assistenciais e os resultados terapêuticos que são capazes de melhorar a qualidade de vida do idoso.	131 idosos/ Estudo de intervenção	Uma análise precisa dos dados revelou maior prevalência de UPP na admissão à RSA, particularmente os Graus III e IV (84 pacientes, 27% dos indivíduos recuperados), em comparação com aqueles com graus de I e II (47 casos, 15% dos indivíduos recuperados). A cura completa foi observada apenas em alguns casos (18,0%), principalmente nas classes mais baixas. Aplicando os métodos terapêuticos e protocolos da NPUAP ( <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> ), houve uma tendência a melhorar. Tivemos apenas alguns poucos casos mortais, devido às úlceras (3 mortes de 131 pacientes), no entanto, inúmeros casos de morte por outras causas ocorreram entre os pacientes, com graus avançados de úlceras (12%). Nossos dados confirmam a afirmação de que as úlceras de decúbito representam um marcador de gravidade do estado polipatologia dos idosos frágeis.
(26)	Examinar a melhoria da implementação da qualidade (QI) em lares de idosos, a sua associação com a cultura organizacional e seus efeitos sobre os cuidados de úlcera de pressão.	1.065 funcionários de 35 lares de idosos/Estudo transversal	Não fomos capazes de demonstrar uma associação significativa entre QI e da taxa ajustada ao risco de desenvolvimento de UPP.
(27)	Examinar a associação entre o ambiente de trabalho do lar de idosos (NH), os atributos, atribuições das equipes e a coesão de pessoal com o risco de UPP e incontinência.	7.418 trabalhadores/E studo prospectivo	Residentes em instalações com pior coesão teve significativamente maiores chances de desenvolver UPP e incontinência, em comparação com os residentes em instalações com melhores pontuações de coesão. Residentes em instalações com maior penetração de equipes tiveram menor risco de UPP, mas não de incontinência.

Nº ID*	OBJETIVOS	AMOSTRA/ TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
(28)	Mostrar se os itens específicos (da Escala de Braden) são de maior importância do que outros e, portanto, têm uma maior relevância clínica.	17.666 idosos/ Estudo prospectivo	Análise CHAID ( <i>Chi Square Automatic Interaction Detection</i> ), para a árvore de classificação, identificou que "fricção e cisalhamento" foram o indicador mais importante para a prevalência de UPP. No segundo nível, os preditores mais fortes foram "nutrição" e "atividade" e no 3º nível "umidade" e "mobilidade". Em residentes com problemas na "fricção e cisalhamento" e estado nutricional pobre, a prevalência é de 3-4 vezes maior do que a média.
(29)	Sintetizar os estudos clínicos sobre UPP.	14 artigos/ Revisão integrativa	Enfoque de estudos, essencialmente direcionados à temática da prevenção e à ausência desse tipo de estudo em nosso país.
(30)	Desenvolver uma escala baseada em MDS ( <i>Minimum Data Set</i> ) para identificar indivíduos sob cuidados em vários níveis de risco para o desenvolvimento de UPP.	99.398 pacientes destes 13.423 em LTC ( <i>Long Term care</i> ) /Estudo metodológico	O estudo revela uma estatística C de 0,676. Informações de dados das LTC, juntamente com evidências da literatura clínica usada para criar uma escala alternativa com 7 itens, a interRAI ( <i>International Resident Assessment Instrument</i> ) PURS ( <i>Pressure Ulcer Scale Risk</i> ), com boas características de distribuição e estatística C de 0,708. Em hospitais mostrou forte associação com desenvolvimento de uma nova UPP.

\* Número de identificação dos artigos entre parênteses representam respectivamente sua ordem de referência.

Dos 21 artigos, 11 (52,38%) são estudos observacionais, sendo 5 (45,46%) estudos de coorte, 4 (36,36%) estudos transversais e 2 (18,18%) estudos prospectivos. 4 (19,05%) são estudos de revisão, dos quais, 3 (75,00%) são de revisão bibliográfica e 1 (25,00%) de revisão integrativa. 3 (14,29%) são estudos experimentais, sendo que 2 (66,67%) como ensaios clínicos randomizados e 1 (33,33%) como estudo de intervenção. 2 (9,52%) são estudos documentais e 1 (4,76%) estudo metodológico (Quadro 3).

## DISCUSSÃO

A enfermagem teve e tem lugar relevante no tocante às UPPs, seja no estudo de sua gênese, prevenção e/ou tratamento. Estas lesões têm sido tomadas como um fator de avaliação da qualidade da assistência.

Alguns estudos revelam que a população idosa, em especial a residente em ILPI, estão mais vulneráveis à ocorrência da UPP, em virtude da imobilidade ou deficiente mobilidade, visto que, mesmo aqueles sem problemas potenciais, permanecem por longos períodos em uma mesma posição; do pobre estado nutricional; das fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele; do estado mental prejudicado, que leva a um desequilíbrio na percepção, da(s) incontinência(s) que aumenta(m) a exposição à umidade e

das múltiplas comorbidades. Além do referido, nesta população há um grande contingente de idosos acima de 70 anos. Ressaltam-se, ainda, aqueles que estão expostos à ação da fricção e do cisalhamento<sup>(14,18,25,28,31)</sup>.

Entretanto, o que se pôde observar com esta revisão foi uma exiguidade de estudos realizados pela enfermagem brasileira sobre UPP com vistas à população residente nas ILPIs. Dos 21 artigos selecionados, apenas 3 tinham como lócus de estudo o Brasil, e mesmo assim um destes estava disponível apenas em inglês, o que, embora possibilite uma maior visibilidade internacional, vem a ser um fator dificultante à disseminação de um tema já tão escasso em nossa realidade. Evidencia-se, portanto, a necessidade de produção científica nacional nesta perspectiva.

Em relação ao objetivo proposto para este estudo, pode-se observar que, dos artigos selecionados que fizeram parte da amostra, cinco artigos abordavam taxas de prevalência/incidência<sup>(6-8,19,20)</sup>. Estes dados fornecem informações básicas que possibilitam traçar o perfil dessa clientela e elaborar estratégias de apoio ao desenvolvimento de protocolos para medidas de prevenção e tratamento das UPPs. Esse tipo de estudo demonstra uma preocupação dos estudiosos em traçar o panorama da UPP nesta população.

A NPUAP considera haver uma variação dessas taxas entre os países, as populações, instituições e metodologias utilizadas, mas alerta a importância dessa investigação devido aos percentuais elevados<sup>(32)</sup>.

Coincidemente, percebeu-se que houve um mesmo número de artigos que dizem respeito a fatores de risco/prevenção para UPP<sup>(5,14-18)</sup> e aqueles que tratam da gerência e manejo da UPP<sup>(21-25)</sup>. Conjuntamente, os artigos constatam que os índices de prevalência e incidência de UPP neste nicho populacional são elevados. Ressalta-se, portanto, o questionamento do por quê destes altos índices, uma vez que outros artigos mostram a importância das medidas de prevenção e de conhecimento e atenção aos fatores de risco, que orientam enfermeiros na adoção de medidas de prevenção e melhor gestão das UPPs<sup>(7,26)</sup>. Pode-se inferir, com base em estudos, que a falta e/ou deficiente quantitativo de enfermeiros e a falta de qualificação destes têm influenciado neste panorama, conjuntamente com equívocos administrativos e de gerência das instituições<sup>(6,19-21,24,27)</sup>.

Quanto às pesquisas envolvendo a escala e subescalas de Braden, percebeu-se que os estudos avaliaram a própria escala e suas subescalas em isolado e em comparação com outros conjuntos de dados, obtendo-se resultados semelhantes. Dentre as subescalas, a fricção e o cisalhamento mereceram atenção especial<sup>(5,28,30)</sup>. Dentre outros aspectos, os estudos que procuraram avaliar a validade preditiva da escala e das subescalas apontam que a pontuação

da escala de Braden, pela soma dos seus itens, é um bom indicador do risco. No entanto, validar o risco de UPP e a ocorrência destas têm sido um dos problemas aventados, porque há uma diferença entre o construto de risco e o desenvolvimento de UPP. Além disso, pode-se argumentar que os escores da Braden, obtidos pela simples adição dos itens, não medem adequadamente o risco de UPP, porque todos os itens são considerados igualmente importantes<sup>(28)</sup>.

## CONCLUSÃO

Embora o Brasil seja um país onde a população idosa está em franco crescimento e o Estatuto do Idoso preconize que o lugar preferencial para o cuidado do idoso dependente é o seio familiar, não há políticas de apoio para que a família possa mantê-lo em casa, sendo, muitas vezes, a institucionalização a alternativa para muitos destes idosos.

São várias as fragilidades e deficiências advindas com o processo de envelhecimento, dentre as quais, as consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, estão frequentemente presentes na população em foco. Assim, é necessário que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, sejam qualificados e estejam cônscios da importância da avaliação e efetivo cuidado com a pele do idoso durante a institucionalização, com vistas a mantê-la íntegra ou restaurar sua integridade.

Percebeu-se que há uma grande variedade e amplitude de aspectos que envolvem o estudo da UPP em idosos institucionalizados na literatura internacional. Observou-se que existem diversos estudos sobre incidência, prevalência, determinação e associação entre os fatores de risco, desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliação dos riscos e da qualidade da assistência, além de aspectos relacionados ao tratamento e aos custos financeiros.

No âmbito nacional, após os critérios de inclusão, obtiveram-se cinco artigos, um deles disponível apenas em língua inglesa. Os estudos enfocam temas como prevalência, fatores de risco e estudo clínico sobre UPP.

Revelou-se a necessidade de realizar estudos sobre prevalência, incidência, prevenção, avaliação clínica e tratamento de UPPs sob a perspectiva da enfermagem no contexto das ILPIs em nosso país, além de estudos que enfoquem a importância da presença do enfermeiro nestas instituições. Ficou evidente que a presença do enfermeiro e o preparo da equipe, bem como atitudes proativas de liderança, fazem a diferença no tocante à prevenção e ao cuidar das UPPs.

A quantidade e a complexidade das informações produzidas na área da saúde, e em específico na Enfermagem, aliada ao limitado tempo dos profissionais, vêm determinando a necessidade de desenvolvimento de estudos que proporcionem, de forma concisa e precisa, meios que conduzam a reflexões acerca da construção de uma nova realidade na forma de enfocar e manejar este agravo – a UPP, numa população já tão sofrida e carente de atenção – a idosa residente em ILPI.

Assim, a Revisão Integrativa, como metodologia para este estudo, mostrou-se apropriada ao alcance do objetivo. Revelou, também, a necessidade do desenvolvimento de estudos e pesquisas com delineamentos que busquem evidências referentes à temática pesquisada; que, além disso, possam apoiar a prática dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, e que sirvam de base para a elaboração e implementação de protocolos assistenciais e de políticas públicas e sociais.

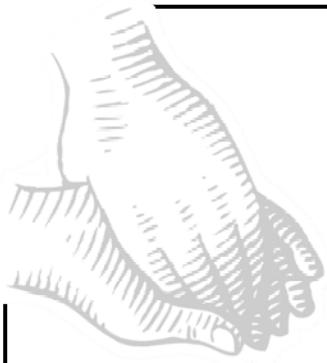
Não se pretendeu com este estudo modificar a realidade, mas identificar o que fora produzido, indicar caminhos, lançar ideias e incentivar estudantes e profissionais de enfermagem a desenvolver pesquisas com vistas a incidir, efetivamente, não só na prática profissional, como na ação das autoridades e dos dirigentes das ILPIs, em relação à prevenção e ao manejo da UPP.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 17]. Available from:  
[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodo\\_logica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodo_logica_2013.pdf)
2. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2010 Jun;27(1):232–5.
3. Camarano AA. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: Neri AL, editor. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESCSP - Editora Fundação Perseu Abramo; 2007. p. 169–90.
4. Gomes FSL, Magalhães MBB. *Úlcera por pressão. Feridas: como tratar*. 2nd ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 189–223.
5. Souza DMST, Santos VLCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Oct [cited 2014 Jan 29];15(5). Available from:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf)

6. Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs.* 2009 Oct;65(12):2608–20.
7. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J.* 2009 Jul;127(4):211–5.
8. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaucha Enferm.* 2011 Mar;32(1):143–50.
9. Dealey C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.* São Paulo: Atheneu; 2008.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm [Internet].* 2008 Dec [cited 2014 Mar 5];17(4). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt)
11. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista GES.* 2011 mai-ago;5(11):122–36.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1):102–6.
13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005 Dec;52(5):546–53.
14. White-Chu EF, Floc P, Struck B, Aronson L. Pressure ulcers in long-term care. *Clin Geriatr Med.* 2011 May;27(2):241–58.
15. Brienza D, Kelsey S, Karg P, Allegretti A, Olson M, Schmeler M, et al. A randomized clinical trial on preventing pressure ulcers with wheelchair seat cushions. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Dec;58(12):2308–14.
16. Stotts NA, Hopf HW, Kayser-Jones J, Chertow GM, Cooper BA, Wu H-S. Increased fluid intake does not augment capacity to lay down new collagen in nursing home residents at risk for pressure ulcers: a randomized, controlled clinical trial. *Wound Repair Regen.* 2009;17(6):780–8.
17. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, AT F, Mor ATF. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med.* 2012 May;172(9):697–701.
18. Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein H-H, et al. Preventing Pressure Ulcers in Long-term Care. *Arch Intern Med.* 2011 Nov;171(20):1839–47.
19. Cai S, Mukamel DB, Temkin-Greener H. Pressure ulcer prevalence among black and white nursing home residents in New York state: evidence of racial disparity? *Med Care.* 2010 Mar;48(3):233–9.

20. Li Y, Yin J, Cai X, Temkin-Greener H, Mukame DB. Association of race and sites of care with pressure ulcers in high-risk nursing home residents. *JAMA*. 2011;306(2):179–86.
21. Kayser-Jones J, Kris AE, Lim K-C, Walent RJ, Halifax E, Paul SM. Pressure ulcers among terminally ill nursing home residents. *Res Gerontol Nurs*. 2008 Jan;1(1):14–24.
22. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev esc enferm USP*. 2009 Mar;223–8.
23. Mertens EI, Halfens RJJG, Dietz E, Scheufele R, Dassen T. Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. *J Eval Clin Pract*. 2008 Dec;14(6):1018–25.
24. Palma MR, Sánchez JMV. La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores. Obstáculos y facilitadores. *Gerokomos*. 2010;21(3):108–13.
25. Santangelo A, Testà M, Ossino MC, Barbagallo P, Crisafulli C, Muscarà G, et al. Management and treatment of decubital ulcers of an elderly population in the assisted sanitary residence of Futura-Viagrande (Catania, Sicily, Italy). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 May;48(3):332–4.
26. Berlowitz DR, Young GJ, Hickey EC, Saliba D, Mittman BS, Czarnowski E, et al. Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Serv Res*. 2003 Feb;38(1):65–83.
27. Temkin-Greener H, Cai S, Zheng NT, Zhao H, Mukamel, DB. Nursing home work environment and the risk of pressure ulcers and incontinence. *Health Serv Res*. 2012 May;47(3 Pt 1):1179–200.
28. Lahmann NA, Tannen A, Dassen T, Kottner J. Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care - Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. *J Eval Clin Pract*. 2011 Feb;17(1):168–73.
29. Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. *Rev bras enferm*. 2010 Jun;470–6.
30. Poss, J, Murphy, KM, Woodbury, MG, Orsted H, Stevenson K, Gail W, et al. Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. *BMC Geriatr*. 2010 Sep;10:67–67.
31. Sousa JERB, Silva HF, Rabelo CBM, Bezerra SMG, Luz MHBA, Rangel EML. Fatores de risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPI*. 2012 Jan;1(1):36–41.
32. National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP. Proposed rule from CMS for Stage 2 Meaningful Use of Certified Electronic Health Records (EHR) Technology. 2012 May 7 [cited 2012 Oct 2]; Available from: <http://www.npuap.org/proposed-rule-from-cms-for-stage-2-meaningful-use-of-certified-electronic-health-records-ehr-technology/>



# 4

## PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico descrito a seguir refere-se a todo o caminhar da pesquisadora na execução desta pesquisa. As metodologias empregadas nos artigos, que compõem o corpo desta tese, encontram-se neles descritas.

Trata-se de um estudo prospectivo (incidência), descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Em relação ao tipo de estudo prospectivo, pode-se entender que o mesmo constitui um método, que possibilita o pesquisador controlar variáveis em um determinado tempo, o que contribui para controle dos eventos observados e o descarte de explicações concorrentes. Neste estudo, o tempo de acompanhamento depende do evento a ser estudado<sup>(39)</sup>.

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento. Estas informações são especialmente projetadas para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples às mais complexas.

O método quantitativo tem a intenção de “garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, consequentemente, uma margem de segurança quanto às inferências”<sup>(40)</sup>. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que são aqueles que buscam descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos. Estudos com natureza descritiva propõem-se investigar “o que é”, ou seja, buscam descobrir como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características. São considerados como objeto de estudo: uma situação específica, um grupo ou um indivíduo.

Os estudos descritivos representam um nível de análise que permite identificar as características dos fenômenos, possibilitando, também, a ordenação e a classificação destes, e identificar grupos de alto risco para fins de prevenção, além de gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras<sup>(40,41)</sup>.

A epidemiologia descritiva examina como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, renda, entre outras. Quando a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, o epidemiologista é capaz não apenas de identificar grupos de alto risco para fins de prevenção mas também de gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras<sup>(42)</sup>.

O estudo foi desenvolvido na totalidade das ILPIs do município de João Pessoa-PB. Após o levantamento realizado, obteve-se um total de seis instituições. Todas estas atendem à população idosa, na sua grande maioria carente, possuem caráter privado filantrópico (sem fins lucrativos). Das seis instituições, quatro são, predominantemente, católicas, uma é espírita e outra é evangélica, entretanto não são excludentes quanto à escolha religiosa de seus residentes. Todas são mantidas por doações da comunidade, seja através de doações de roupas, material de higiene e limpeza, alimentos ou moeda corrente; lucro de festividades e bazares; além de parte dos benefícios da aposentadoria dos idosos (70% sic). Todas são registradas no Conselho Nacional de Serviço Social e no Conselho Municipal de Idosos/PB, do qual têm participação paritária em seu corpo colegiado.

As instituições foram denominadas por letras (A – F) e suas descrições foram feitas de forma genérica, como subsídio para manter a privacidade, garantindo assim o sigilo ético quanto à identificação das mesmas, compromisso assumido pela autora com as instituições. Quanto à estrutura física, todas as instituições possuem características semelhantes, ressaltando somente diferenças significativas na capacidade de alocação. Em relação aos recursos humanos, a condição é precária, com um quantitativo expressivo de cuidadores, sem formação adequada, e voluntários; apenas uma das seis ILPIs possui seu quadro funcional composto com técnicos de enfermagem para o cuidado integral aos idosos, nas demais, aos técnicos de enfermagem cabem a realização de curativos e o preparo e administração das medicações; quatro instituições possuem somente uma enfermeira em seu quadro funcional, em uma das instituições, que não conta com a enfermeira em seu quadro, há uma médica, e na outra não há profissional de saúde de nível superior.

Em nenhuma das instituições existia a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), apenas em duas se observou uma pífia intenção de sistematização, com a inclusão, no prontuário de alguns idosos, de uma ficha com dados sociodemográficos, contendo registro do exame físico simplificado e um *checklist* de ações gerais. Nenhuma das instituições possuía protocolo de prevenção e/ou de tratamento da UPP, as úlceras só eram identificadas, como tal, a partir do estágio II e as formas de tratamento eram diversas.

É um estudo de base populacional, uma vez que se propõe a investigar toda a população idosa residente nas ILPIs situadas no município de João Pessoa. A população constou de 332 idosos residentes nas ILPIs; destes, quatro idosos permaneceram hospitalizados, dois estavam com familiares e dois faleceram, resultando, ao final, numa população de 324 idosos. Foi considerado, como critério de inclusão, ser residente na

instituição. Como questão ética, o idoso teve que concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (caso o idoso não se encontrasse em condições físicas e/ou cognitivas de dar anuência e de assinar o Termo de sua participação, estas ações foram realizadas pelo seu responsável).

O projeto de pesquisa seguiu os trâmites legais que determinam a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos, visto que a pesquisa foi submetida ao Conselho de ética em Pesquisa/Plataforma Brasil antes da promulgação da Resolução 466/12. Obteve certidão de aprovação, com protocolo n. 0468/12, CAEE: 02043712,4,0000,5188 (Anexo 2).

Realizou-se, inicialmente, o contato com o Conselho Municipal de Idosos de João Pessoa (CMI/PB), no qual foi entregue o projeto de pesquisa e a carta de apresentação da pesquisadora, emitida pelo PPGEnf, para que fosse concedida a autorização de sua realização. De posse desta autorização, foram aprazadas reuniões com os representantes de cada ILPI. Nestas reuniões, a pesquisadora pode expor os objetivos e a proposta da pesquisa e foram entregues as cópias do projeto de pesquisa, da autorização do CMI, da carta de apresentação da pesquisadora e da carta de anuência para que fosse assinada pelos responsáveis das ILPIs. Ficou acordado entre a pesquisadora e os dirigentes a definição dos horários a serem cumpridos para a coleta de dados e a exigência da não identificação dos idosos e das instituições (em caso de fotografias, estas teriam que ser autorizadas pelo familiar responsável). Só após esses trâmites, foi possível ter o primeiro contato efetivo com as instituições e com os idosos, processo que demandou algumas idas e vindas.

Antes de iniciar a fase empírica da pesquisa, foi feita uma consulta aos participantes GEPEFE, quanto ao interesse em participar na fase da coleta de dados, na qual obteve-se um total de 14 voluntários, dentre os quais seis enfermeiros (01 mestranda e 01 estomaterapeuta) e nove estudantes de enfermagem. Dentre estes estudantes, três eram participantes de PIBIC e PIVIC.

Foi realizado um treinamento, que ocorreu em quatro dias, perfazendo um total de 16 horas, no período de 09 a 12 de outubro de 2012, para garantir a concordância entre as avaliações a serem realizadas pelos colaboradores. O treinamento constou de duas fases. A fase teórica, que ocorreu no auditório do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba, no horário das 13:00 às 17:00 horas; e a fase prática, que ocorreu em uma das instituições previamente contatada, também no horário das 13:00 às 17:00 horas. Ao término, foi emitido um certificado de participação pelo GEPEFE/UFPB.

### Programação do treinamento:

- 1<sup>a</sup> Fase – Aula teórica sobre úlcera por pressão: Foi realizada aula expositiva. Nesta fase foram abordados: Definição, estadiamento, fatores de risco e localização.
- 2<sup>a</sup> Fase – Aula teórico-prática para avaliação de UPP e estadiamento destas: Foi realizada através da utilização de fotos de úlceras por pressão.
- 3<sup>a</sup> Fase – Aula teórica realizada a partir da apresentação e discussão de estudos clínicos fictícios e aplicação dos instrumentos de avaliação. Nesta fase, foram abordados os instrumentos que serviram de base a esta pesquisa e outros que tiveram por finalidade formar um banco de dados para futuras pesquisas do GEPEFE, a saber: Aplicação da escala de Braden, da escala de Katz, do instrumento de Mini Avaliação Nutricional (MNA), do Mine Exame do Estado Mental\*, do SF 36\*, do WHOQOL-BREF (abreviado)\*.

Destes instrumentos, foram utilizados nesta pesquisa: a escala de Braden, a escala de Katz e o instrumento de Mini Avaliação Nutricional.

- 4<sup>a</sup> Fase – Atividade prática previamente autorizada por uma das ILPIs: aplicação do instrumento de coleta de dados a dois idosos com características semelhantes, previamente selecionados e contatados pela pesquisadora. Os colaboradores foram divididos em dois grupos com sete participantes cada, como uma forma de melhor operacionalizar e para não estressar o idoso. As duas enfermeiras colaboradoras (mestranda e estomaterapeuta) guiaram a coleta dos dados e todos os colaboradores preencheram concomitantemente seus respectivos instrumentos. A pesquisadora coordenou esse processo. Esta fase teve como objetivo avaliar o nível de concordância entre os membros colaboradores da pesquisa.
- 5<sup>a</sup> Fase – Avaliação – foi realizada uma avaliação individual com as enfermeiras e os demais colaboradores. Foram considerados aptos, aqueles participantes que obtiverem níveis de concordância total de 95 a 100%.

Antes de iniciar o processo de coleta de dados todos os participantes receberam pasta contendo cópia do instrumento de coleta de dados completo (dados sociodemográficos e clínicos, Escala de Braden, Escala de Katz, Mini Exame do Estado Mental, SF 36, Mini Avaliação Nutricional e WHOQOL-BREF (abreviado)), lápis grafite, borracha, canetas, calculadora, prancheta e reprodução plastificada, em tamanho aumentado, de alguns dos quesitos do Mini Exame do Estado Mental e do WHOQOL-BREF (abreviado). Para cada instituição, foi providenciado uma caixa plástica grande contendo pastas para Instrumentos em branco, preenchidos e finalizados, uma para a relação de idosos e uma pasta com o instrumento de reavaliação; caixa de luvas e máscaras descartáveis; régua milimetradas;

\* Estes instrumentos não foram utilizados nesta pesquisa, entretanto seus resultados compõem o banco de dados gerado por esta.

seringas de 01cc; adipômetros; envelopes; grampeador; furador, clips, pacotes de fralda geriátrica descartável (tamanhos M e G), uma balança portátil e uma régua antropométrica de madeira.

Todo processo de coleta dos dados foi precedido de esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), para ser assinado pelos idosos participantes da pesquisa ou (Apêndice II) pelos responsáveis dos idosos que não tiveram condições físicas ou cognitivas de fazê-lo. Garantiu-se o sigilo e o anonimato tanto aos idosos como às instituições e a possibilidade de desligar-se da pesquisa em qualquer fase desta. Além disso, foi garantido que não haveria nenhum ônus para o idoso, o cuidador ou para a instituição.

A coleta de dados foi realizada pela autora, com auxílio dos colaboradores, no período de janeiro a dezembro de 2013. Os dados sociodemográficos e clínicos, na medida do possível, foram coletados do prontuário do idoso. Aqueles não constantes do mesmo e os demais dados (ex.: identificação dos fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão, a escala de Braden; a avaliação das atividades da vida diária, através da escala de Katz, avaliação nutricional através da MNA, aplicação do Mine Exame do Estado Mental, aplicação do SF 36 e do WHOQOL-BREF (abreviado) foram obtidos diretamente com o idoso e/ou seu cuidador responsável. Aqueles idosos que apresentaram score  $\leq 18$  na escala de Braden foram selecionados para serem reavaliados. Aqueles que apresentaram UPP na avaliação inicial (prevalência), foram excluídos do grupo para reavaliação (Incidência). Vale salientar que o exame físico da pele dos idosos foi realizado pela pesquisadora.

As reavaliações ocorreram em quatro semanas consecutivas. Foram realizadas pela pesquisadora, sempre que possível, no horário dos banhos, principalmente em idosos não acamados, mas com mobilidade prejudicada. As reavaliações foram feitas com o exame físico da pele do idoso. Ao ser detectada a presença de UPP, este idoso era computado no grupo da incidência, sendo este excluído do estudo, independente do estágio da lesão. Todavia, continuaram sendo acompanhados, quanto à evolução da UPP, até o término do período da pesquisa na instituição.

Ressalta-se que, a partir da terceira instituição, permaneceram apenas três colaboradores (duas enfermeiras e uma estudante), fato que contribuiu para o prolongamento do período de coleta de dados.

A incidência de um agravo ou evento denota o número de novos casos surgidos numa determinada população em um determinado intervalo de tempo, ou seja, é a proporção

de casos novos surgidos em população específica e num intervalo de tempo determinado<sup>(42)</sup>. Para o cálculo da incidência, foi levado em consideração a lesão no idoso e utilizou-se a seguinte fórmula:

$$\text{TI (Taxa de Incidência)} = \frac{\text{Nº de novos casos}}{\text{População}} \times 100$$

A frequência de reavaliação foi definida tomando por base as diretrizes da *Wocn Ostomy and Continence Nurses Society*<sup>(43)</sup>, que prevê:

- Cuidados intensivos: uma avaliação na admissão e reavaliar pelo menos a cada 48 horas ou sempre que houver mudança no quadro do paciente.
- Cuidado de longa permanência: uma avaliação na admissão e reavaliar semanalmente, nas primeiras quatro semanas, posteriormente avaliar a cada três meses ou sempre que as condições do residente apresentar mudanças.
- Cuidado domiciliar: uma avaliação na admissão e reavaliar a cada visita.

Para uma avaliação mais acurada, faz-se necessário a utilização de instrumentos para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e uma avaliação clínica adequada, que irão servir de base para a tomada de decisões sobre a intervenção.

#### **4.1 Instrumentos para avaliação de idosos**

Para a coleta de dados, pertinentes a este estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: Instrumento para perfil sociodemográfico e clínico dos participantes da pesquisa; Instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP; Instrumento de avaliação funcional – Escala de Katz e Instrumento de Avaliação Nutricional.

##### **4.1.1 Instrumento para perfil sociodemográfico e clínico dos participantes da pesquisa**

Este instrumento aborda a identificação, as variáveis sociodemográficas, as condições clínicas apresentadas, fatores de risco para UPP, medicações utilizadas, dados sobre UPP existente e/ou prévia (Apêndice III). Foi desenvolvido pela autora e validado por profissionais com experiência na área. Esta validação se deu pela análise criteriosa dos itens quanto ao conteúdo e aplicabilidade dos componentes do instrumento. Após a validação do mesmo, este foi aplicado em um teste piloto para comprovação da sua operacionalidade e foram feitos os refinamentos necessários.

#### 4.1.2 Instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP – Escala de Braden

A escala de Braden foi proposta por Braden e Bergstrom em 1987, a partir de um esquema conceitual, no qual as autoras exploram a inter-relação dos fatores de risco e causais na gênese de úlceras por pressão<sup>(44)</sup>. Esta escala foi traduzida e validada no Brasil por Paranhos em 1999<sup>(44)</sup> (Anexo 3).

Mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, nutrição e fricção e cisalhamento são elementos constitutivos da escala de Braden. Esta foi concebida tendo por base os conhecimentos da gênese das úlceras por pressão, a qual está atrelada a dois fatores determinantes à formação de UPP: a intensidade e a duração da pressão e a tolerância da pele e das estruturas de suporte para cada força<sup>(44)</sup>. A intensidade e a duração da pressão exercida nas estruturas de apoio de uma pessoa estão relacionadas à mobilidade, atividade e percepção sensorial. A tolerância da pele e das estruturas de suporte relacionam-se a fatores intrínsecos como nutrição e idade, e a fatores extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento<sup>(45)</sup>.

A escala de Braden é constituída por seis subescalas. As primeiras cinco subescalas são pontuadas de 1 a 4; e somente a subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3.

- Subescala percepção sensorial – Está relacionada à capacidade do indivíduo de sentir e relatar qualquer desconforto ou sensação dolorosa. A positividade deste parâmetro faz com que a pessoa seja capaz de mudar de posição ou solicitar a sua mudança. Possui quatro subescores (1 – completamente limitado, 2 – muito limitado, 3 – ligeiramente limitado e 4 – nenhuma limitação)<sup>(44,46)</sup>.
- Subescala umidade – Esta determina o nível de umidade a qual a pele do indivíduo está exposta, seja devido a sudorese, urina, secreções ou outros. Possui quatro subescores (1 – pele constantemente úmida, 2 – pele muito úmida, 3 – pele ocasionalmente úmida e 4 – pele raramente úmida)<sup>(44,46)</sup>.
- Subescala atividade – Está condicionada à capacidade e à frequência de saída do leito do indivíduo. Possui quatro subescores (1 – acamado, 2 – sentado, 3 – anda ocasionalmente e 4 – anda frequentemente)<sup>(44,46)</sup>.
- Subescala mobilidade – Este conceito está atrelado à capacidade da pessoa de mudar de posição, ou seja, é a capacidade de aliviar a pressão através do movimento. Possui quatro subescores (1 – completamente imobilizado, 2 – muito limitado, 3 – ligeiramente limitado e 4 – nenhuma limitação)<sup>(44,46)</sup>.
- Subescala nutrição – Está atrelada a ingestão alimentar usual do indivíduo. Reflete-se tanto na qualidade quanto na quantidade da alimentação. Possui quatro subescores (1 – muito pobre, 2 – provavelmente inadequada, 3 – adequada e 4 – excelente)<sup>(44,46)</sup>.
- Subescala fricção e cisalhamento – Diz respeito a capacidade de deixar a pele livre do contato com a superfície do leito ou cadeira durante o movimento, seja

este realizado pelo próprio indivíduo ou por outra pessoa. Possui três subescores (1 – problema, 2 – problema potencial e 3 – nenhum problema)<sup>(44,46)</sup>.

Como foi descrito, as primeiras cinco subescalas, da escala de Braden são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável) e apenas a subescala fricção e cisalhamento é pontuada de 1 a 3. Assim, a pontuação total pode variar de 6 a 23 e quanto menor o escore final maior o risco de desenvolver UPP. Adultos com escores totais de 15 a 16 e idosos com escores de 17 e 18 são considerados *em risco*; de 13 a 14, *risco moderado*; de 10 a 12, *alto risco*, e escores iguais ou menores que 09, *risco muito alto*<sup>(47)</sup>.

Em estudo realizado com a finalidade de avaliar a validade preditiva da escala de Braden, foi relatado que, o ponto de corte para determinar o risco de desenvolver UPP em adulto e idosos variou desde os primeiros estudos que Braden e Bergston realizaram com vistas à validação de sua escala preditiva. Se, em seus estudos iniciais, eles chegaram a utilizar o escore de 16 como ponto de corte, dentro de uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 64%, posteriormente, este escore foi elevado para 18 e considerado mais adequado aos pacientes, em estado fisiológico em desequilíbrio, tanto de raça branca quanto de raça negra<sup>(48)</sup>. O escore 18, como ponto de corte, foi referendado por diversos estudos ulteriores com a população de idosos, realizados em nível nacional e internacional<sup>(17,46,47,49–51)</sup>.

A validade de predição da escala de Braden no Brasil foi testada em 34 pacientes de uma unidade de terapia intensiva e feitas as adaptações necessárias. As autoras desta pesquisa realizaram três avaliações. Nelas, identificaram 94% e 89% para especificidade e sensibilidade, respectivamente, e uma validade preditiva de 88% para testes positivos e 94% para negativos<sup>(44)</sup>.

A avaliação clínica, no entanto, é sempre necessária para interpretar o risco de UPP. Na utilização da escala de Braden, o enfermeiro não deve apenas considerar a classificação quanto à presença ou ausência de risco, mas também investigar, particularmente, cada uma das seis subescalas, de modo a implementar um programa efetivo de prevenção de UPP para cada sujeito, levando em consideração os dados adicionais de natureza sociocultural e econômica, a história clínica, as condições ambientais, os recursos dos profissionais de saúde e dos cuidadores.

#### 4.1.3 Instrumento de avaliação funcional – Escala de Katz

A escala de Katz (Anexo 4), idealizada por Sidney Katz e sua equipe em 1963, “foi desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e predizer o

prognóstico nos doentes crônicos”<sup>(52)</sup>. Sua utilização no Brasil tem se dado através de livres traduções, o que levou um grupo de pesquisadores a realizar uma análise crítica e propor uma adaptação transcultural da mesma<sup>(52)</sup>.

As manifestações crônicas, que comumente acometem os idosos, e a concomitância destas manifestações geram, não raramente, as dificuldades e/ou incapacidades que afetam a funcionalidade e, consequentemente, o desempenho das atividades da vida diária. Para a avaliação em saúde, estas atividades subdividem-se em:

- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – Englobam as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações.
- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – Atividades que incluem a capacidade do indivíduo viver com independência em sua comunidade, ou seja, capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos<sup>(22,23)</sup>.

A escala de Katz está montada no pressuposto de que as seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana de idosos (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se) eram semelhantes à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. Baseados em estudos antropológicos, Katz e seus colaboradores citam a semelhança entre essas seis funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas. Isto serviu de pressuposto de que as funções acima citadas eram biopsicossocialmente primárias, revelando assim uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras<sup>(23,53)</sup>.

Em uma pesquisa desenvolvida, que tratou da adaptação transcultural da escala de Katz, o autor trabalhou com dúvidas que emergira durante a etapa de análise da equivalência de medida de sua pesquisa, as quais foram reportadas aos idealizadores da escala, que, por sua vez, as interpretaram<sup>(52)</sup>. Foram dúvidas que, ainda hoje, comumente surgem na aplicação do índice de Katz. Dúvidas, tais como: residente de instituição de longa permanência que utiliza cadeira de rodas sem freio e necessita de terceiros para segurar a mesma na hora da transferência é considerado *dependente*; também é considerado *dependente* aquele paciente demente que mantém a continência urinária e fecal, mas urina em locais impróprios, como por exemplo, a sala-de-estar; o paciente colostomizado que é capaz de trocar e limpar a bolsa de colostomia sem ajuda é considerado *independente*; um paciente que deve ser conduzido para o banho em cadeira de rodas, mas é capaz de se banhar sozinho é tido como *dependente*. Neste último caso, suscitou-se a dúvida em discriminar o tipo de dependência, havendo

consenso quanto à dependência de transferência e divergências com relação a tomar banho. Neste caso em particular, o Dr. Katz considerou o paciente dependente, justificando que a independência é dada quando o indivíduo é capaz de executar todo o processo de referência sem ajuda<sup>(52)</sup>.

Para melhor elucidar estes e outros questionamentos, deve-se ter em mente, ao aplicar a escala de Katz, que a caracterização do estado funcional é baseada no estado real do indivíduo no momento de realização da tarefa que está sendo avaliada e não na habilidade de realizar a tarefa sem auxílio de outras pessoas ou artifícios.

A escala mostrou-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos, visto que o declínio funcional, próprio do processo de envelhecimento, pode colocar o idoso em uma espiral de iatrogenias, comprometendo assim sua saúde. Uma das melhores maneiras de avaliar o estado de saúde dos idosos é pela realização da avaliação funcional, a qual fornece dados objetivos e que podem indicar futuro declínio ou melhoria do estado de saúde, permitindo que o enfermeiro possa, diante do seu plano de cuidados, planejar e intervir de forma adequada<sup>(54-56)</sup>.

A Escala segue uma classificação numérica de 0 a 6 que corresponde às áreas de dependência. Mostrou-se altamente correlacionada com a forma inicial da escala, possivelmente, segundo os autores, pela consistente relação hierárquica das funções já descritas. Nesta classificação, “0” seria total independência e “6” total dependência.

#### 4.1.4 Instrumento de avaliação nutricional – A MNA® ou Mini Avaliação Nutricional

A MNA (Anexo 5) permite, de forma simples e rápida, a identificação de pacientes idosos que apresentam risco de desnutrição ou que estejam desnutridos. Este instrumento foi desenvolvido especialmente para idosos<sup>(24)</sup>.

O processo de nutrição envolve a capacidade de transformar, utilizar e, por fim, assimilar os nutrientes para a realização das funções celulares vitais. O estado nutricional de qualquer indivíduo é a resultante do equilíbrio entre a oferta e a demanda de nutrientes. Nos idosos, esse equilíbrio é facilmente quebrado, levando a uma maior suscetibilidade a desvios, frequentemente para menos<sup>(57)</sup>.

Dentre as alterações observadas no processo de envelhecimento estão as alterações biológicas inerentes ao campo da nutrição. Entre estas alterações, podem-se elencar: a progressiva diminuição da massa corporal, principalmente a magra; diminuição de líquidos

corpóreos (água); aumento da quantidade de tecido gorduroso; diminuição de vários órgãos (como rins, fígado, pulmões) e, sobretudo, uma grande perda de músculos esqueléticos. Aliado a estes, se tem as demências e a depressão, entre outros processos não inerentes ao processo de envelhecimento, que, no entanto, devem ser considerados. Todos esses aspectos justificam a busca de condutas e diagnósticos nutricionais que visem à melhora da qualidade de vida e nutrição desse grupo etário. No caso particular deste estudo, a nutrição tem forte influência como fator de risco para as UPPs.

Em virtude da multiplicidade de eventos e características que envolvem o ser humano, mais especificamente, o idoso, não se tem um método perfeito de avaliação nutricional, todos têm limitações. Contudo, para estar próximo de um ideal, este método deveria ser específico para o estado nutricional; ser sensível às variações do estado nutricional; ser reproduzível; facilmente aplicável e mensurável; ser econômico, acessível e rápido<sup>(24,58)</sup>.

A gênese de um instrumento de avaliação resulta de um árduo labor que envolve diversos indivíduos e instituições. Na elaboração da MAN, o processo não foi diferente, resultou de um esforço conjunto do Centro de Medicina Interna e Geriatria Clínica em Toulouse (França), do Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo México (USA) e do Centro de Pesquisa da Nestlé (Suíça). Para validá-la, foram realizados três estudos que contou com mais de seiscentos idosos<sup>(58)</sup>.

A MAN possui dezoito itens distribuídos em quatro categorias: 1) avaliação antropométrica (índice de massa corporal, perda de peso em três meses, circunferência do braço e circunferência da panturrilha); 2) avaliação geral (estilo de vida, medicação, mobilidade, lesões de pele, presença de sinais de depressão e demência); 3) avaliação dietética (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia ao se alimentar) e 4) avaliação subjetiva (autopercepção sobre sua saúde e nutrição). Estas categorias compõem duas etapas:

- Primeira etapa – a Triagem: usada, como o próprio nome diz, para fazer uma triagem em comunidades de idosos. Possui um escore máximo de 14 pontos. Valores maiores ou iguais a 12 indicam um estado nutricional satisfatório e valores menores que 12 sugerem risco de desnutrição ou desnutrição e nestes casos, deve-se prosseguir com a avaliação.
- Segunda Etapa – A forma completa: é uma etapa complementar, com questões que receberão um valor numérico que comporá o resultado final. Essa etapa chega a um valor máximo de 16 pontos. Para o escore final, soma-se a pontuação das duas etapas. Valor máximo de 30 pontos.

Assim, valores maiores ou iguais a 24 indicam um estado nutricional adequado, valores entre 17 e 23,5 sugerem risco de desnutrição e valores abaixo de 17 indicam desnutrição<sup>(24,58,59)</sup>.

#### 4.1.4.1 Avaliação antropométrica

Na avaliação clínica, um dos dados importantes é a avaliação antropométrica, cujos valores são cruciais para a avaliação nutricional. Neste estudo, estes parâmetros foram atualizados no momento da coleta de dados, sendo: peso – aferido em quilos (kg); altura – aferida em metros (m); prega cutânea subescapular (PCSE) – aferida em milímetros (mm); circunferência do braço (CB) – aferida em centímetros (cm); altura do joelho (AJ) – aferida em centímetros (cm) e circunferência da panturrilha (CP) – aferida em centímetros (cm).

Para obtenção das medidas das circunferências, foi utilizada uma fita métrica inelástica. A CB foi aferida, sempre que possível, no braço esquerdo, no ponto médio entre o acrônio da escápula e o olecrano da ulna. A CP foi medida na panturrilha esquerda, em sua parte mais protuberante. Para medir a PCSE, utilizou-se um adipômetro. A aferição foi realizada utilizando os dedos polegar e indicador da mão esquerda. O examinador destacava a dobra e com o adipômetro, em direção diagonal à escápula, realizava a medida. Entretanto, para aqueles idosos que apresentaram dificuldades para o posicionamento de demarcação, a medida fora realizada na porção anatômica mais próxima possível da indicação.

A altura do joelho foi medida no membro inferior esquerdo. A perna do idoso era posicionada de modo que um ângulo de 90º com o joelho e o tornozelo fosse obtido. Neste procedimento, utilizou-se a régua antropométrica de madeira, contendo uma escala numérica. A parte fixa era posicionada na superfície plantar do pé (calcaneus) e a parte móvel, pressionada de 2 a 3 cm acima da patela (rótula).

A estatura foi obtida utilizando-se um antropômetro vertical (estadiômetro) portátil, com escala em centímetros e subdividida em milímetros. Em alguns casos, a utilização do estadiômetro foi substituída pela fita inelástica. Para aferição da estatura, era solicitado dos idosos que ficassem descalços, com os calcâneos juntos (quando possível), em posição ereta, encostados no estadiômetro ou parede e com o olhar fixo na altura da linha do horizonte. Para aqueles que não tinham condições de encostar no estadiômetro ou na fita, foi utilizada uma régua de 50 cm do topo da cabeça ao estadiômetro/fita inelástica.

A aferição do peso foi realizada utilizando-se uma balança portátil, calibrada para zero. O uso da balança portátil justifica-se pela dificuldade de locomoção dos idosos.

O índice de massa corporal (IMC) é reconhecidamente um dos indicadores do estado nutricional e considerado uma medida secundária, sendo determinado a partir dos parâmetros peso (kg) e altura (m), conforme a fórmula: IMC = Peso/Altura<sup>2(60,61)</sup>.

Peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC) fazem parte da avaliação nutricional. Nem sempre é possível obtê-los de forma direta, sendo necessário utilizar métodos preditivos, visto que, não raramente, idosos apresentam morbidades que dificultam ou impedem o processo de pesar e medir. Além disso, há aqueles idosos que, pelo avançado processo de envelhecimento, assumem posturas que inviabilizam a forma tradicional de verificação do peso e da altura. Para estes casos, foi utilizada a regra de Chumlea e colaboradores, autores de estudos pioneiros para obtenção de fórmulas preditivas de peso e altura<sup>(60,61)</sup>. As equações desenvolvidas por estes autores para estimativa de peso e altura são as que apresentaram melhor aplicabilidade, mesmo tendo sido desenvolvidas para idosos norte-americanos (Quadro 01).

**Quadro 1 – Regra de Chumlea e colaboradores**

Estimativa de peso	Homens: $(1,73 \times CB) + (0,98 \times CP) + (0,37 \times PCS) + (1,16 \times AJ) - 81,69$
	Mulheres: $(0,98 \times CB) + (1,27 \times CP) + (0,4 \times PCS) + (0,87 \times AJ) - 62,35$
Estimativa da altura	Homens: $[63,19 - (0,04 \times idade)] + (2,02 \times AJ)$
	Mulheres: $[84,88 - (0,24 \times idade)] + (1,83 \times AJ)$

Fonte: Chumlea<sup>(60)</sup>

No caso de idosos com membros amputados, foi seguido o referido em: *Um guia para completar a Mini avaliação nutricional®*<sup>(24)</sup>, no qual, para estimar o peso do paciente, utiliza-se como referência padrão a tabela “Porcentagem do Peso Corporal contribuído por partes específicas do corpo” (Tabela 01), para determinar a proporção de peso corporal contribuída pela parte individual do corpo através da seguinte fórmula:

- **Peso corporal estimado** = Peso corporal atual + Proporção para a parte perdida
- **Proporção para a parte perdida** = peso corporal atual x (parte corporal/100).

**Tabela 1** – Porcentagem do peso corporal contribuído por partes específicas do corpo

<b>Parte Corporal</b>	<b>Porcentagem</b>
Tronco s/membros	50,0
Mão	0,7
Antebraço com mão	2,3
Antebraço sem mão	1,6
Parte superior do braço	2,7
Braço inteiro	5,0
Pé	1,5
Parte inferior da perna com pé	5,9
Parte inferior da perna sem pé	4,4
Coxa	10,1
Perna Inteira	16,0

Fonte: Nestlé Nutrition Institute<sup>(24)</sup>

Na estimativa da altura, utiliza-se a medida da semi-envergadura, que é obtida a partir da distância da linha mediana da incisura esternal até a ponta do dedo médio, utilizando as fórmulas contidas no Quadro 2.

**Quadro 2** – Fórmula para estimativa de altura em amputados

<b>Estimativa da altura (cm)</b>	Homens: $(1,40 \times \text{semi-envergadura em cm}) + 57,8$
	Mulheres: $(1,35 \times \text{semi-envergadura em cm}) + 60,1$

Fonte: Nestlé Nutrition Institute<sup>(24)</sup>

## 4.2 Passo-a-passo do procedimento de coleta e análise de dados

O procedimento de coleta de dados se deu em fases ilustradas no mapa do roteiro de coleta de dados (Figura 2).

1<sup>a</sup> fase – Realizada utilizando-se as informações dos prontuários e relatórios de medições, que respondiam aos dados sociodemográficos, clínicos e fatores de risco. Ressaltam-se os inúmeros casos em que os prontuários tinham poucos ou nenhum dado além da identificação dos idosos. Nesses casos, as informações eram fornecidas pelos idosos e/ou cuidadores.

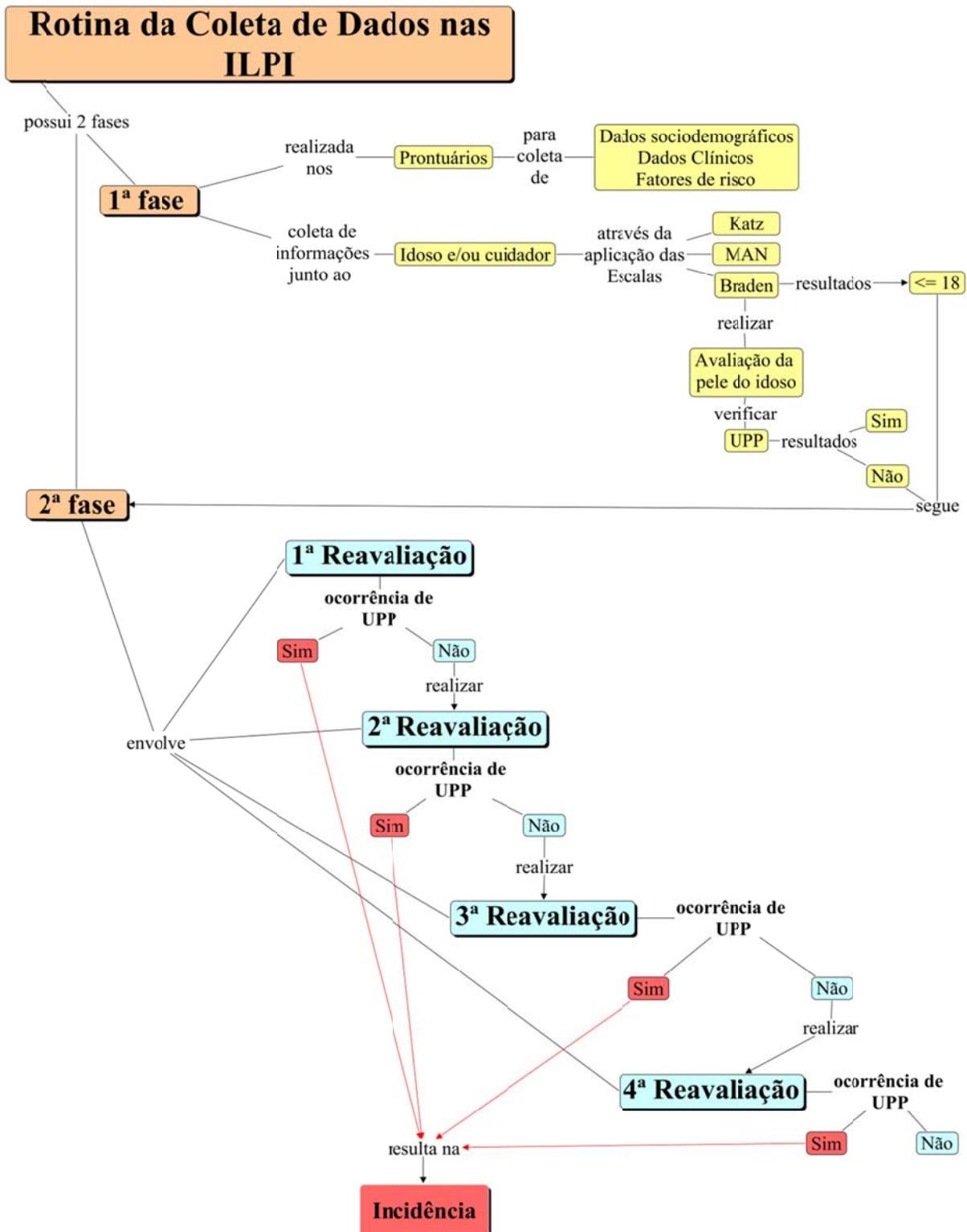
2<sup>a</sup> fase – Entrevista e aplicação das escalas e instrumentos de avaliação com os idosos e/ou cuidadores. Nesta etapa, após aplicação da Escala de Braden, eram selecionados os idosos a serem submetidos às reavaliações.

3<sup>a</sup> fase – Exame criterioso da pele dos idosos com intuito de identificar UPP. Neste momento, quando identificada a UPP, mesmo que o idoso tivesse escore de Braden≤18, não permanecia no grupo de idosos a serem reavaliados.

4<sup>a</sup> fase – Reavaliações (exame físico da pele). Iniciava-se uma semana após o idoso ser identificado com Braden≤18 e não apresentando UPP. Foram quatro reavaliações por idoso que ocorreram em semanas consecutivas, privilegiando-se o horário dos banhos e/ou higiene dos participantes. Esta etapa foi realizada pela própria pesquisadora, na qual era feito um exame físico criterioso de toda pele dos idosos e registrada em instrumento especificamente elaborado para este fim (Apêndice IV). Ao se identificar a UPP, a ocorrência era registrada, comunicada aos responsáveis pelo idoso e este idoso deixava de fazer parte do grupo em reavaliação, passando a integrar o grupo para determinação da incidência de UPP. Foi elaborado um mapa, representando esquematicamente as fases do processo de coleta de dados (Figura 2).

Observação: Tanto os idosos que apresentaram UPP na avaliação inicial quanto aqueles que a desenvolveram durante as reavaliações, foram acompanhados até o fim do período de permanência da pesquisadora na ILPI.

**Figura 2 – Mapa das fases da coleta de dados, João Pessoa, 2013**



Com relação à preparação dos dados para análise e validação, utilizou-se a técnica da dupla digitação independente em planilhas do software *Microsoft Excel 2010*. Sendo realizada por pessoas distintas, visando detectar inconsistências nos dados. Ao serem detectadas discordâncias nos dados, estes foram revistos e corrigidos para a obtenção de uma

concordância de 100%. Após a tabulação e tratamento dos dados, os mesmos foram transferidos para o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) - versão 20.0.

O SPSS é um software estatístico utilizado para análise de dados. Nele é possível desempenhar várias análises, entre elas, testes estatísticos (correlação, hipóteses, multicolinearidade), análise de regressão, contagens de frequências e construção de gráficos. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando-se a estatística descritiva simples, como frequência absoluta e percentual. As variáveis categóricas, medidas de posição e variabilidade foram expressas pela média e as variáveis contínuas pelo desvio padrão. Além disso, com relação às variáveis categóricas nominais prosseguiu-se com a técnica da estatística descritiva e as técnicas de estatística inferencial realizando o teste de Qui-quadrado, teste Exato de Fisher, Teste de Mann Whitney e da regressão logística. Ressalta-se que, o nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos de confiança foram obtidos considerando 95% de confiança.

A análise quantitativa dos dados foi realizada com base na distribuição das frequências observadas, cujos resultados estão representados pelas frequências absoluta e relativa percentual em forma de gráficos e tabelas, conforme melhor adequação. As inferências realizadas nos dados e as respectivas interpretações realizadas foram tecidas a partir dos resultados obtidos, em conjunto com a fundamentação teórica acerca da temática abordada.

Como contribuição e retorno às instituições, a autora firmou o compromisso de, ao término da pesquisa, realizar oficinas com os cuidadores. Para estes, foram realizadas oficinas nas duas primeiras instituições. Ambas tiveram duração de 30 a 45 minutos e enfocaram a importância da identificação precoce das UPP e cuidados simples de prevenção (hidratação oral e da pele, mudança de decúbito diminuindo os riscos de cizalhamento, higiene e troca de fraldas, utilização de aliviadores de pressão e cuidados com o leito). No decorso e no final dessas oficinas, ficou clara a importância e a necessidade de uma intervenção específica para a equipe de enfermagem.

A partir desta experiência, foi acordado com a presidente do CMI a realização de um curso para cuidadores e profissionais de saúde que atuam nas ILPIs, com o mesmo enfoque das oficinas.



**5**

**RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE  
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS:  
ESTUDO POPULACIONAL**

**(ARTIGO 02 – ORIGINAL)**

# **RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL\***

## **RESUMO**

**Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos idosos residentes nas instituições de longa permanência para idosos no município de João Pessoa. **Método:** Estudo transversal, descritivo e exploratório, de caráter populacional. Constou de 324 idosos, residentes nas seis instituições de longa permanência para idosos de João Pessoa; desenvolvido de janeiro a dezembro de 2013. Os dados foram coletados mediante a aplicação de questionários aos idosos e/ou responsável e análise de prontuários. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** 75,31% (244/324) são idosas. A idade média entre os sexos foi de 81,17 anos, a maioria solteiros, de cor branca; 53,69% são analfabetos ou alfabetizados; 57,95% tiveram apenas 2,16 anos de estudo; 64,46 % foram encaminhados pelos familiares. Hipertensão, doenças osteoarticulares e neurológicas foram as condições clínicas mais prevalentes, a média de medicamentos por idoso foi de 3,6. **Conclusão:** Os resultados deste estudo evidenciam a importância de profissionais de saúde, qualificados, da necessidade premente de políticas públicas de saúde direcionadas às particularidades dessa população, políticas de apoio à família/cuidadores e uma maior presença do Estado nas instituições.

**Descriptores:** Perfil de Saúde; Instituição de Longa permanência para Idosos; Idoso.

**Descriptors:** *health Profile; Nursing Homes for the Aged; Aged*

**Descriptores:** *Perfil de Salud; Hogares para Ancianos; Anciano*

## **INTRODUÇÃO**

Constituído de múltiplas facetas, o envelhecimento populacional tem amplitude mundial. No Brasil, este se deu de forma acelerada, e ainda terá uma longa jornada de transformações em face aos avanços tecnológicos e científicos, a queda da fecundidade e mortalidade, além do controle de doenças crônicas não transmissíveis, fatos que repercutem no incremento da expectativa de vida. Dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram um aumento da população com 65 anos ou mais, responsável em 1991 por 4,8% da população, chegando em 2010 ao percentual de 7,4%, demonstrando assim um aumento de 2,6 percentuais nestas duas décadas. Na Paraíba o crescimento para este mesmo período foi de 4,1 anos, passando de 67,1 anos em 2000 para 71,2 anos em 2010, e teve uma esperança de vida estimada coincidente à nacional com 73,9 anos<sup>(1)</sup>.

O processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, nele estão presentes diversos fatores determinantes, sejam eles internos como o patrimônio genético ou determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente no qual o idoso esteve e está inserido, ambos levam a modificações fisiológicas e/ou psicológicas, gerando diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o vulnerável e também suscetível aos processos patológicos.

\* Artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem (ISSN 0104-1169 / eISSN 1518-8345).

Classificar um indivíduo como idoso não é tarefa fácil, para tanto se devem considerar as idades biológica, social e psicológica e não se limitar à idade cronológica. Entretanto neste estudo foi considerado como idoso o corte definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, que idoso é todo aquele com 60 anos ou mais.

Atrelado ao envelhecimento populacional e ao bônus do aumento da expectativa de vida com o envelhecimento da população já idosa tem-se uma maior necessidade de cuidados. Ao longo da história, a tarefa do cuidar tem sido uma atribuição, predominantemente, ligada à mulher, que tem hoje um perfil diferenciado, em face de uma maior escolarização, diminuição do número de filhos, rearranjos familiares, casamentos em idades mais avançada, maior número de solteiros por opção, maior participação da mulher no mercado de trabalho e o fato do envelhecimento não ser privado de um indivíduo e sim da população, levando a ter idosos cuidando de idosos, este conjunto de fatores levam à perspectiva da diminuição na oferta de cuidadores familiares<sup>(2)</sup>. Estes fatos aliados ao acometimento por doenças crônicas e crônico-degenerativas impõem uma nova demanda ao Serviço Público, – os cuidados de longa duração ao idoso. Diante da falta de políticas de apoio a cuidadores, uma alternativa de cuidado não familiar são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), embora não seja isto o que preconizam as políticas de proteção ao idoso.

Não há consenso quanto ao que seja uma ILPI, sabe-se, entretanto que sua origem se deu conjugada aos asilos, os quais se destinavam àqueles que viviam em precariedade e que necessitavam de abrigo. Os asilos estavam ligados à caridade cristã em consequência da ausência de políticas públicas<sup>(2)</sup>.

Instituições de Longa Permanência para Idosos são locais destinados a servir de moradia coletiva para idosos com ou sem apoio familiar. Servem como uma alternativa para atender a idosos mais frágeis e com debilidade para executar as atividades da vida diária, entretanto têm o inconveniente, em sua maioria, de levar os idosos ao isolamento e à inatividade<sup>(2)</sup>.

Entre as principais causas de institucionalização além da longevidade estão: as sequelas das doenças crônicas não transmissíveis, que levam a diminuição da capacidade física, mental e cognitiva, o abandono, as condições financeiras, na maioria das vezes precárias e da frequente indisponibilidade de uma pessoa que assuma o papel de cuidador entre os familiares.

Em um trabalho que faz um levantamento por região do Brasil verificou-se que o estado da Paraíba contava com 19 ILPIs contendo 651 residentes, o equivalente a 0,16% da

população idosa do estado este percentual revela a fragilidade na cobertura desta modalidade de atendimento. Das 19 ILPIs do estado 06 estão localizadas em João Pessoa, 02 em Cabedelo, 02 em Patos e 02 em Santa Rita As demais se encontram distribuídas nos outros municípios<sup>(3)</sup>.

Nos últimos anos são pífios os estudos que refletem o perfil dessa população que tende a crescer em número e em anos vividos. Dentro de um contexto epidemiológico, sociocultural e econômico cujas necessidades serão crescentes, é importante conhecermos o atual perfil epidemiológico dos idosos residentes nas ILPIs. Para tanto este estudo objetiva descrever as características sóciodemográficas e clínicas dos idosos residentes nas instituições de longa permanência para idosos no município de João Pessoa.

Este estudo justifica-se à medida que proporciona dados para uma reflexão a respeito das questões sociodemográficas e clínica de idosos institucionalizados, com o intuito de fornecer elementos que possam nortear a atuação da equipe multiprofissional nestas instituições e que sirvam de base à elaboração e implementação de políticas destinadas a este segmento populacional.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, populacional, com abordagem quantitativa, o mesmo compõe um estudo maior intitulado Prevalência e incidência de úlcera por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos (Tese de Doutorado), realizado em todas as ILPIs (seis) do município de João Pessoa. Todas estas instituições atendem à população idosa, na sua grande maioria carente, possuem caráter privado, filantrópico (sem fins lucrativos), quatro das seis instituições são predominantemente católicas, uma é espírita e uma é evangélica. Todas são mantidas por doações da comunidade, além de parte dos benefícios de aposentadoria dos idosos (70% sic). São registradas no Conselho Nacional de Serviço Social e no Conselho Municipal de Idosos/PB, do qual têm participação paritária em seu corpo colegiado. Estas instituições foram denominadas por letras, para manter a privacidade, garantindo assim o sigilo ético quanto à identificação das mesmas.

A população foi composta por todos idosos residentes nas seis ILPIs, num total de 324 idosos. Os critérios de inclusão estabelecidos previamente foram: ter 60 anos ou mais, residir na instituição, concordar em participar do estudo (aqueles que não possuían condições físicas e/ou cognitivas para a anuência de sua participação, essa foi fornecida pelo seu responsável imediato).

A coleta de dados ocorreu diariamente em turnos alternados, no período de Janeiro a dezembro de 2013, por meio do levantamento de prontuários, técnica de entrevista com o idoso e quando esse possuía déficit cognitivo, as informações eram coletadas a partir do relato do cuidador, também foi utilizada a observação não participante. Para tanto se utilizou um instrumento estruturado e validado por profissionais com experiência na área, além da análise e coleta nos prontuários.

Os dados foram duplamente digitados e validados em uma planilha do programa Microsoft Excel, sendo os cálculos estatísticos realizados no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0. Para a análise dos dados, prosseguiu-se com a técnica da estatística descritiva e as técnicas de estatística inferencial através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. Ressalta-se que o nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. O estudo quantitativo das variáveis: foi realizado pela distribuição das frequências, cujos resultados estão apresentados pelas frequências absoluta e relativa percentual. A fim de se verificar a presença de diferenças de frequências das características sociodemográficas e condições clínicas.

A pesquisa seguiu os trâmites legais que determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto que a pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB antes da promulgação da Resolução 466/12.

O projeto de pesquisa, ao qual a pesquisa atual está integrada, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, protocolo n.º 0468/12 e os idosos institucionalizados e responsáveis assinaram o termo de consentimento antes da realização da entrevista.

## **RESULTADOS**

O estudo foi composto pelos 324 idosos residentes das seis ILPIs de João Pessoa, que apresentam variadas características socioeconômicas, demográficas e clínicas. Entre os idosos, 75,31% (244/324) pertenciam ao sexo feminino e 24,69% (80/324) ao masculino. Com relação à idade, a mínima foi de 60 e a máxima de 106 anos, sendo a idade média entre os sexos 81,17 anos ( $\pm$  9,38); 82,50% possuem 70 anos ou mais; são analfabetos puros ou analfabetos funcionais (55,41%), pois estudaram, em média, apenas 3,19 anos ( $\pm$  4,47); são brancos (50%), solteiros ou viúvos (60,53%). Já entre as mulheres, a idade média se aproxima de 82 anos, estando a maioria entre 70 e 85 anos (53,69%); são analfabetas ou alfabetizadas

(57,95%) com apenas 2,16 anos de estudo ( $\pm 4,13$ ); são ainda de cor branca (54,92%) e, em sua maioria, solteiras ou viúvas (89,96%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos idosos residentes nas ILPIs,  
João Pessoa-PB, Brasil, 2013

Perfil	Sexo				Total (n=324)	
	Masculino (n=80)		Feminino (n=244)		Freq.	%
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Idade (média ± dp)	79,41 ± 9,58		81,75 ± 9,26		81,17 ± 9,38	
Faixa etária						
< 70	14	17,50	22	9,02	36	11,11
70 - 85	46	57,50	131	53,69	177	54,63
> 85	20	25,00	91	37,30	111	34,26
Grau de instrução						
Analfabeto	26	35,14	87	38,16	113	37,42
Alfabetizado	15	20,27	47	20,61	62	20,53
Ens. Fundamental	15	20,27	61	26,75	76	25,17
Ens. Médio	8	10,81	25	10,96	33	10,93
Ens. Superior	10	13,51	8	3,51	18	5,95
Anos de estudo (média ± dp)	3,19 ± 4,47		2,16 ± 4,13		2,43 ± 4,23	
Anos de estudo						
Nenhum	24	51,06	94	71,76	118	66,29
1 - 5	13	27,66	12	9,16	25	14,04
> 5	10	21,28	25	19,08	35	19,66
Cor da pele						
Branca	40	50,00	134	54,92	174	53,70
Preta	12	15,00	28	11,48	40	12,35
Parda	28	35,00	82	33,61	110	33,95
Estado civil						
Solteiro	29	38,16	139	58,16	168	53,33
Casado	10	13,16	13	5,44	23	7,30
Viúvo	17	22,37	76	31,80	93	29,52
União Estável	2	2,63	2	0,84	4	1,27
Divorciado	9	11,84	5	2,09	14	4,44
Separado	9	11,84	4	1,67	13	4,13

Quanto ao número de filhos a pesquisa demonstrou que a média de filhos para ambos os sexos foi de 1,40 ( $\pm 2,50$ ). Entretanto 53,24% dos internos não têm filhos ou têm entre 1 e 2 filhos, mas temos registro de alguns idosos com mais de 10 filhos. Quase a totalidade dos

idosos percebem rendimento mensal, sendo a aposentadoria a principal fonte fomentadora (94,37%). Os rendimentos, em sua maioria (84,15%), variam entre 1 e 3 salários mínimos<sup>†</sup>. Em relação ao tempo de institucionalização, a média foi de 5,18 ( $\pm$  5,50) anos. Entre os idosos, 59,94% estão na instituição, no mínimo, há 2 anos. Quanto ao encaminhamento à instituição, o maior percentual tem como responsáveis os familiares (64,46%); vontade própria (16,72%), outros (vizinhos, amigos, patrões) 12,20% e serviço Social e hospitais 6,62%. Foi testada uma possível associação entre o número de filhos e quem encaminhou o idoso à instituição, mas não foi verificada nenhuma associação estatística significativa.

Em relação às condições clínicas dos idosos, foi possível verificar com a aplicação do teste Qui-quadrado que para todas as Condições Clínicas consideradas as mulheres são mais suscetíveis do que os homens. Com relação à comparação das proporções (prevalências) para cada Condição Clínica, observa-se que a proporção de mulheres atingidas pelas Condições Clínicas (doenças osteoarticulares, diabetes, AVE, doença cardíaca, etc) não são significativamente diferentes das proporções que acometem os homens (Valor p > 0,05). Por outro lado, verificou-se diferença estatística significativa com relação a Problemas Respiratórios quando consideramos os dois sexos (Valor p < 0,05), que apenas foi verificado entre as idosas (Tabela 2).

Tabela 2 – Condições clínicas dos idosos residentes nas ILPIs, segundo o sexo,  
João Pessoa-PB, Brasil, 2013

Condições Clínicas dos idosos	Sexo				Valor - p
	Masculino n	Masculino %	Feminino n	Feminino %	
Problemas Respiratórios	—	—	16	100,00	0,035
Doenças osteoarticulares	9	19,60	37	80,60	0,838
Câncer	2	22,20	7	77,80	0,901
Diabetes Mellitus	7	13,50	45	86,50	0,152
Acidente Vascular Encefálico	8	23,50	26	76,50	0,646
Doença cardíaca	5	22,70	17	77,30	0,794
Doença Vascular Periférica	6	35,30	11	64,70	0,122
Doença Neurológica	22	19,80	89	80,20	0,766
Hipertensão Arterial Sistêmica	26	20,00	104	80,00	0,812
Obesidade ou magreza	—	—	3	100,00	0,375
Paralisia	1	25,00	3	75,00	0,825
Visão Prejudicada	12	20,00	48	80,00	0,899
Cegueira	1	8,30	11	91,70	0,282
Audição Prejudicada	6	20,00	24	80,00	0,934
Surdez	1	33,30	2	66,70	0,582

<sup>†</sup> Salário Mínimo Nacional por ocasião da pesquisa: R\$678,00.

A relação das condições clínicas com a faixa etária é outro importante dado registrado. Com o intuito de verificar se existe ou não diferença significativa entre a Condição Clínica dos idosos e a faixa etária na qual o mesmo está inserido, foi aplicado o teste Qui-quadrado. Segundo os resultados apresentados na Tabela 3, constata-se que todas as condições clínicas registradas acometem em um menor ou maior grau as faixas etárias mais avançadas (70 a 85 anos ou acima de 85 anos). Com relação à comparação das proporções (prevalências) para cada Condição Clínica, observou-se que as proporções referentes às três faixas de idade medidas são significativamente diferentes para as seguintes Condições Clínicas: Audição Prejudicada, Visão Prejudicada, Doença Vascular Periférica e Diabetes Mellitus. Desse modo, existe diferença estatisticamente significativa para esses grupos ( $p = 0,0432$ ).

Tabela 3 – Condições clínicas dos idosos residentes nas ILPIs, segundo a faixa etária, João Pessoa-PB, Brasil, 2013

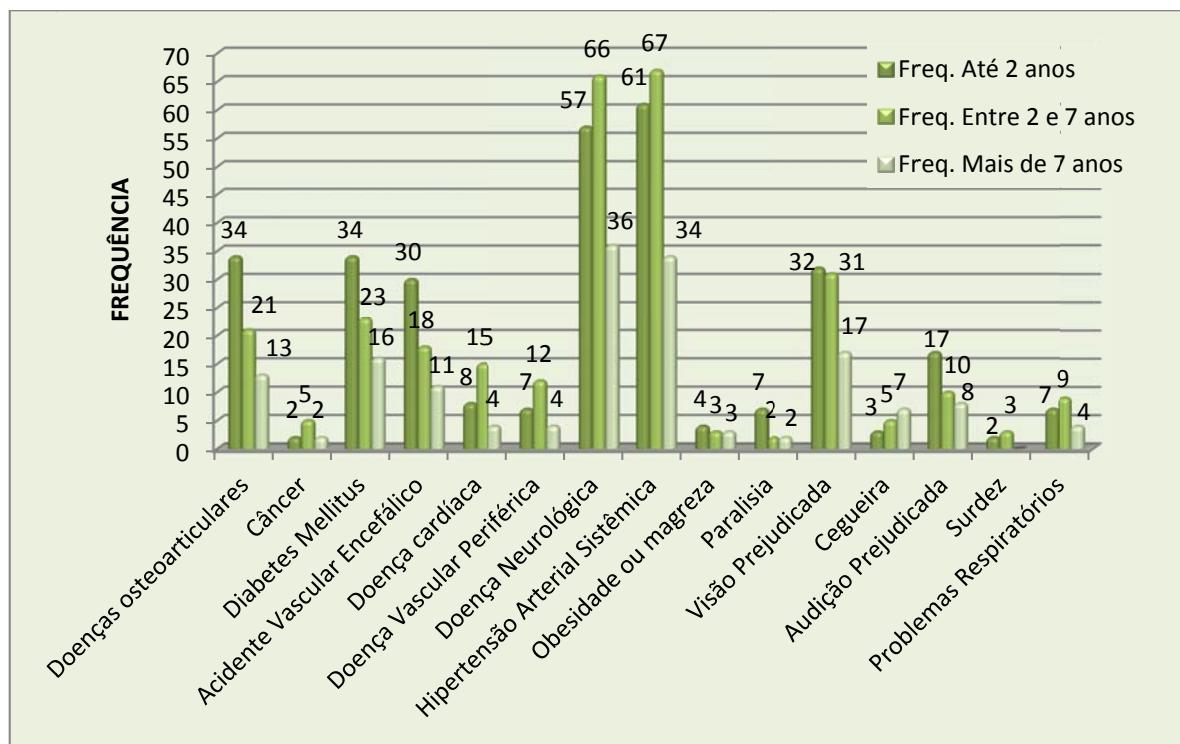
Condições Clínicas dos idosos	Faixa etária					
	60 a 70 anos		70 a 85 anos		> 85 anos	
	n	%	n	%	n	%
Diabetes Mellitus	10	13,7*	47	64,4*	16	21,9*
Doença Vascular Periférica	6	26,1*	11	47,8*	6	26,1*
Visão Prejudicada	5	6,3*	38	47,5*	37	46,3*
Audição Prejudicada	3	8,6*	11	31,4*	21	60,0*
Doenças osteoarticulares	6	8,8	41	60,3	21	30,9
Câncer	2	22,2	4	44,4	3	33,3
Acidente Vascular Encefálico	7	11,9	38	64,4	14	23,7
Doença cardíaca	1	3,7	16	59,3	10	37,0
Doença Neurológica	19	11,9	85	53,5	55	34,6
Hipertensão Arterial Sistêmica	15	9,3	98	60,5	49	30,2
Obesidade ou magreza	1	10,0	5	50,0	4	40,0
Paralisia	3	27,3	7	63,6	1	9,1
Cegueira	1	6,7	7	46,7	7	46,7
Surdez	0	0,0	1	20,0	4	80,0
Problemas Respiratórios	3	15,0	10	50,0	7	35,0

\* Reflete que as proporções são significativamente diferentes ao nível de 5%.

Outra variável analisada conjuntamente com as condições clínicas é o tempo de institucionalização. As faixas determinadas foram até 2 anos; 2 a 7 anos e acima de 7 anos. Percebeu-se que a maioria das condições clínicas registradas tem maior frequência entre os idosos com menor tempo de permanência na instituição (até 2 anos – entre 2 e 7 anos). Dentre

as condições clínicas, as mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que apresentou frequência similar em ambas as faixas de tempo; doença neurológica, com frequência maior na faixa de 2 a 7 anos; diabetes mellitus e doenças osteoarticulares com maior frequência na faixa até 2 anos (Figura 1).

Figura 1 – Condições clínicas registradas, segundo o tempo de permanência na instituição, João Pessoa-PB, Brasil, 2013



Em Relação percentual entre uso de medicamentos e as condições clínicas dos idosos, os anti-hipertensivos são responsáveis pelo maior percentual (35,00% – 80,00%) com maior percentual para a condição de magreza/obesidade e menor para problemas respiratórios; antidepressivos/ansiolíticos (44,07% – 80,00%) também com maior percentual para a condição de magreza/obesidade e em menor percentual para acidente vascular encefálico, antiagregante plaquetário (20,00% – 55,56%) com menor percentual para visão prejudicada e maior percentual para doença cardíaca e os hipoglicemiantes (nenhum – 60,00%) com maior percentual para a condição de diabetes mellitus e menor para câncer. Os corticosteroides, antimicrobianos, anti-histamínicos e quimioterápicos, são as classes de fármacos menos utilizados.

## Discussão

Os resultados deste estudo corroboram com os de outras pesquisas desenvolvidas no Brasil com relação aos dados sociodemográficos de idosos residentes em ILPIs<sup>(4-7)</sup>. Contudo,

em um estudo realizado em João Pessoa com população geriátrica institucionalizada, foram identificados parâmetros que vão de encontro aos detectados neste estudo com predominância do sexo masculino e média de idade de 65,5 anos em outro estudo o contingente masculino foi de 53,3% e média de idade de 61 anos<sup>(8,9)</sup>.

Embora os dados do último censo demográfico do IBGE<sup>(1)</sup> e alguns autores trabalhem na perspectiva de um maior contingente feminino entre os idosos, seja devido a uma maior assistência a saúde no período reprodutivo, ou mesmo pelo menor consumo de álcool e tabaco, menor mortalidade na meia idade por causas externas ou pela própria proteção cardiovascular conferida pelos hormônios femininos<sup>(5,10)</sup>, no estudo em questão não se observou diferença estatisticamente significativa de idade entre os sexos, embora a população feminina represente 75% dos residentes das ILPIs de João Pessoa, como era esperado diante do processo de feminilização do envelhecimento<sup>(5,6,11-13)</sup>. No tocante a escolaridade, apesar da pesquisa identificar 16,88% de idosos com nível superior e médio, obteve 57,95% de analfabetos e aqueles considerados alfabetizados por saberem assinar o nome, observou-se ainda que o número de anos estudados é maior entre os homens ( $3,19 \pm 4,47$ ). Isto retrata a realidade vivenciada pelos idosos de hoje com relação à educação em sua infância e juventude, haja vista que só a “Constituição de 1988 garante o alcance indiscriminado da oferta obrigatória e gratuita do ensino público fundamental, estendido a toda população, independente da idade (art. 208, I)”<sup>(14)</sup>. Isto corrobora com os dados do censo 2010 os quais indicam que em torno de 67% dos idosos da região Nordeste têm no máximo 3 anos estudo<sup>(15)</sup>. Pode-se considerar que este fato ocorra pela deficiência nas políticas de educação da época em que os idosos de hoje estavam em idade escolar. Salienta-se ainda a predominância feminina neste estudo, que décadas atrás, em face ao lugar social que ocupava tinha o ingresso no processo educacional dificultado e por vezes negado, face a uma cultura onde a educação para as mulheres não era valorizada, estas eram criadas para serem mães e esposas prendadas. Quanto ao estado civil prevalece a condição de solteiros (53,33%) e viúvos (29,52%) o que vem ratificar a ação da família junto ao cuidado dos idosos<sup>(5,10,16)</sup>. Do total 46,76% referem ter filhos, percentual bem maior ao encontrado em estudo realizado em duas ILPIs de Marília-SP<sup>(12)</sup>.

À família não cabe apenas o papel mantenedor, mas também deve ser o suporte de amor, carinho e solidariedade, devendo, pois os filhos amparar os pais, entretanto não só fatores intrínsecos, mas a falta de políticas de apoio têm, em diversos casos, impulsionado os familiares (filhos, netos, sobrinhos e primos) a procurar as ILPIs como alternativa para cuidar de seus velhos. Esta pesquisa corrobora com outras quanto ao maior percentual de

responsáveis pela institucionalização ser os familiares e dentre estes os filhos, sendo assim ter filhos não é fundante para que os idosos permaneçam e sejam cuidados no ambiente familiar, ademais, os novos arranjos familiares, mães e pais solteiros ou casais sem filhos e filhos que emigraram, incrementam a condição que leva o idoso à institucionalização<sup>(5,9,13)</sup>.

Quase a totalidade dos idosos deste estudo percebe de 01 a 03 salários mínimos, provenientes da aposentadoria, seja ela por tempo de serviço ou através de benefícios sociais, pagos pelo governo Federal como o Benefício da Prestação Continuada, entretanto isto não lhes confere autonomia financeira, uma vez que 70% desta renda são destinados à sua manutenção na ILPI<sup>(13)</sup>.

O envelhecimento é um processo natural e não patológico, decorre do desgaste fisiológico, que leva a repercussões biofisiológicas e psicossociais. Embora as doenças crônico degenerativas sejam frequentes na senescência, a institucionalização pode contribuir para o seu aparecimento.

Dentre as condições clínicas mais encontradas no grupo em questão estão: a HAS, AVE, doenças neurológicas, doenças cardíacas, diabetes mellitus, doença vascular periférica. Este é um resultado também apostilado por diversos autores<sup>(4,5,9,10)</sup>. A relação do sexo com a condição clínica foi testada e foi obtida diferença significativa entre os sexos, tendo um maior percentual de acometimento no sexo feminino, uma das condições clínicas que mais eleva este ranking são as doenças osteoarticulares, que decorrem das variações estruturais e hormonais e doenças neurológicas, neste caso as pesquisas relatam que a capacidade cognitiva tem relação direta com sua ocorrência evidenciando a Doença de Alzheimer<sup>(12)</sup>.

Com o avançar da idade, fator intrínseco do processo de envelhecimento, desvela-se o declínio funcional, decorrente, em parte, da carga de comorbidades. Entretanto dentre os resultados obtidos as proporções referentes às três faixas etárias avaliadas só apresentaram diferenças significativas para as seguintes condições clínicas: Audição Prejudicada, Visão Prejudicada, Doença Vascular Periférica e Diabetes Mellitus. Desse modo, existe diferença estatisticamente significativa para esses grupos, ou seja, a faixa de idade em que o paciente está inserido é um fator importante a ser considerado nestas quatro condições. Para o IBGE, “Uma população mais envelhecida, com maior predominância de pessoas com 80 anos ou mais, tem probabilidade de desenvolver comorbidade e incapacidade em maior proporção do que a verificada em áreas cuja concentração de idosos se situa numa faixa etária mais jovem.”<sup>(17)</sup>

Diante dos resultados, não há como avaliar a ação do tempo de institucionalização na condição de saúde, uma vez que este estudo teve uma visão transversal, da situação. Através

dos resultados da comparação das proporções (prevalências) para cada Condição Clínica, foi possível verificar que não existe diferença significativa entre a Condição Clínica e o tempo de institucionalização, levando a inferir que a Condição Clínica do idoso independe do tempo de internação na instituição. Dessa forma as condições clínicas atingem os idosos independentemente do tempo de internação destes.

As doenças crônicas próprias da velhice são mais constantes no grupo de idosos mais idosos, o que leva a uma maior preocupação com relação à utilização de medicamentos, visto que, com o avançar da idade a sensibilidade aos medicamentos tende a ser maior.

Dentre os medicamentos os mais utilizados pelos idosos das seis instituições pesquisadas foram os Anti-hipertensivos, Antidepressivos/ansiolíticos e Antiagregantes plaquetário, resultado semelhante foi encontrado em outros estudos<sup>(4,13)</sup>. A polifarmacoterapia deve ser evitada, principalmente no idoso por aumentar o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e causar iatrogenias, internações e gastos desnecessários. Nas instituições pesquisadas os idosos utilizavam, em média, 3,60 medicamentos, sendo a variação de um a onze medicamentos, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Belo Horizonte com média de média, 3,45<sup>(10)</sup> e outro que trabalhou a média do número de medicamentos por sexo obtendo 4,7 para homens e para as mulheres: e 4,4<sup>(7)</sup>.

No caso das seis ILPIs pesquisadas observou-se que, em função da impossibilidade econômica de adquirir medicamentos mais adequados ao quadro clínico apresentado pelos residentes e pela deficiente cobertura da ESF ao qual está adstrita a instituição, alguns idosos chegam a tomar mais de 5 medicamentos diferentes diariamente.

Por este estudo ter tido uma base populacional em relação às ILPI de João Pessoa, os dados ora discutidos podem ser generalizados a outras ILPIs.

## **CONCLUSÃO**

Os dados apresentados nesse estudo oferecem uma amostra da situação geral do idoso Institucionalizado no município de João Pessoa, confirmado em grande parte os dados levantados na literatura especializada, notadamente no que se refere ao sexo, estado civil, número de filhos, nível educacional e condições clínicas.

Embora muitos dos residentes das ILPIs sejam dependentes por problemas físicos ou mentais, a precária condição socioeconômica e o abandono familiar foram as principais causas da institucionalização.

Desvela-se a necessidade de se conhecer as características da população residente nas ILPIs. Este conhecimento pode nortear o planejamento de estratégias para a adoção de medidas que promovam melhores condições de vida digna aos idosos.

A atuação da enfermagem junto à equipe de saúde configura perspectivas tanto para viabilizar as várias formas de compreender os problemas que acometem a saúde do idoso, como para permitir ao profissional compreender as particularidades da complexa rede de cuidado e suporte que envolve cada idoso. É imperiosa a atuação da equipe de saúde na avaliação sistemática do idoso buscando minimizar os efeitos da institucionalização.

Percebeu-se com relação aos idosos que compuseram a população do estudo, que estes tendem a necessitar cada vez mais de cuidados qualificados, em virtude da progressiva dependência, fragilidade social, patologias crônicas e agudas, quantidade de medicamentos utilizados, suas reações e complicações.

Entretanto, na pesquisa empreendida pode-se observar que as ILPI não estão preparadas para oferecer uma assistência adequada, seja quanto à estrutura física ou quanto à qualificação do pessoal, que em sua grande maioria são leigos e despreparados.

As produções científicas, voltadas para a área de gerontologia, vêm se preocupando em dar uma resposta satisfatória, não apenas para o aumento do número de anos vividos, mas para a manutenção, aumento e garantia da qualidade de vida dos idosos.

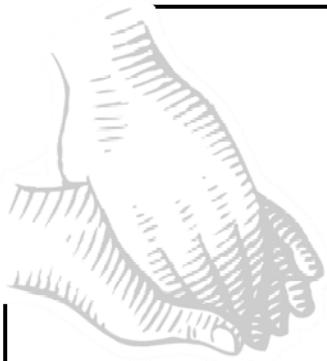
Diante disto urge a necessidade estudos aprofundados e de políticas públicas de saúde direcionadas às particularidades dessa população, políticas de apoio à família/cuidadores e uma maior presença do Estado nas instituições.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 17]. Available from:  
[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodo\\_logica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodo_logica_2013.pdf)
2. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev bras estud popul. 2010 Jun;27(1):232–5.
3. Camarano AA, editor. Características das instituições de longa permanência para idosos – região Nordeste [Internet]. Brasília: IPEA; Presidência da República; 2008 [cited 2012 Jan 20]. 348 p. Available from: [http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/area-de-atuacao/dpesidt/Livro\\_CaractdasInstituicoesRegiao\\_Nordeste.pdf](http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/area-de-atuacao/dpesidt/Livro_CaractdasInstituicoesRegiao_Nordeste.pdf)

4. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(04):1069–78.
5. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. Rev enferm UFPE on line. 2013 Oct;7(10):6027–34.
6. Rosa PV, Glock L, Berlezi EM, Rossato DD, Rosa LHT. Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. RBCEH. 2007 Jan;8(1):38–47.
7. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. Comunicação em Ciências da Saúde. 2007;18(1):09–16.
8. Lucena NMG. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. Fisioterapia Brasileira. 2000;3(3):164–9.
9. Ribas RTB, Pereira RB, Guidace N, Alexandre TS. Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP. UNOPAR Científica Ciências biológicas e da saúde. 2012;14(1):9–16.
10. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(4):785–96.
11. Silva ME, Cristianismo RS, Dutra LR, Dutra IR. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. R Enferm Cent O Min. 2013 Jan;3(1):569–76.
12. Suzuki MM, Demartini SM, Soares E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. Revista de Iniciação Científica da FFC. 2009;9(3):256–68.
13. Neto JAC, Sirimarco MT, Cândido TC, Barboza DF, Gonçalves ECQ, Gonçalves RT. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. HU Revista. 2011 Apr;37(2):207–16.
14. Peres MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. Soc estado. 2011;26(3):631–62.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 1]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf)
16. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012;65(3):482–7.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009 [Internet]. IBGE; 2009 [cited 2014 Apr 28]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf)



# 6

## **INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**(ARTIGO 03 – ORIGINAL)**

# INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

## RESUMO

**Objetivo:** Averiguar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, as variáveis socioeconômicas, as condições clínicas com a ocorrência de úlcera por pressão entre os residentes das Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB. **Metodologia:** Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa. Foram avaliados os 324 idosos residentes nas seis instituições de João Pessoa. Destes, 142 apresentaram escore de Braden≤18. Os dados foram coletados tanto nos prontuários, como pela aplicação de questionários e da Escala de Braden aos idosos e/ou seu responsável e pela realização do exame físico da pele dos idosos. **Resultados:** Dos 142 idosos (grupo *em risco*), 73 (51%) desenvolveram pelo menos uma úlcera. As subescalas: umidade, nutrição e fricção e cisalhamento foram as mais significativas. **Conclusão:** A alta incidência de UPP nesta população demonstra a necessidade de critérios mais rígidos quanto à avaliação contínua das condições dos idosos por profissional qualificado.

**Descritores:** Úlcera por Pressão. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso. Incidência.

## INTRODUÇÃO

As lesões cutâneas são decorrentes de múltiplos fatores e tendem a ocasionar danos que influenciam sobremaneira a vida e o cotidiano daqueles por elas acometidos. Dentre as lesões, as úlceras por pressão (UPP) são lesões passíveis de ocorrer em idosos, principalmente naqueles em situação de fragilidade. Considerado um problema de saúde pública, demanda atenção especial por ocasionar desconforto físico e emocional; aumentar o tempo de internação, os custos com o tratamento, o risco para desenvolvimento de complicações e elevar a taxa de mortalidade<sup>(1,2)</sup>.

No processo fisiológico de envelhecimento, ocorrem vários eventos, e, dentre estes, as alterações tegumentares, as quais estão na dependência de fatores intrínsecos ou cronológicos (idade, estado nutricional, perfusão tecidual, uso de alguns medicamentos, doenças crônicas) e extrínsecos ou ambientais que levam à lentificação da renovação epidérmica; adelgaçamento da derme; diminuição da elasticidade, com surgimento de rugas; ressecamento devido à redução no número e na atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas e diminuição do tecido subcutâneo. Associado a esses fatores, o idoso apresenta redução e fragilidade dos vasos da epiderme, dificuldade de ajuste às variações térmicas do meio ambiente e diminuição da sensibilidade<sup>(2,3)</sup>. Há ainda a diminuição de tecido subcutâneo e da massa muscular, acarretando maior exposição das proeminências ósseas e diminuição na capacidade do tecido de distribuir a pressão. A congruência destes fatores aumenta os riscos de lesões cutâneas nos idosos<sup>(4,5)</sup>, dentre estas, destacam-se as UPPs.

Além dos fatores de risco, existem as condições predisponentes para a ocorrência de UPPs, que são alterações: metabólicas, cardiorrespiratórias, neurológicas, crônico

degenerativas, nutricionais, circulatórias, hematológicas, psicogênicas, uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central e as fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento<sup>(2)</sup>.

A associação destes fatores, agregados ao advento do envelhecimento populacional, às mudanças de estrutura familiar e à escassez de políticas de apoio direcionadas às famílias e cuidadores de idosos, têm ocasionado um aumento pela procura de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como alternativa de cuidado. As ILPIs são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”<sup>(6)</sup>. Caracterizam-se como serviços alternativos de atenção a idosos mais frágeis e/ou com alguma debilidade para executar as atividades da vida diária, seja para aqueles que não têm quem os acolha ou para aqueles cujas famílias não se encontram em condições de assisti-los.

Constituem-se entre as principais causas de institucionalização, as sequelas das doenças crônicas não transmissíveis, o abandono, a vulnerabilidade econômica e indisponibilidade de uma pessoa que assuma o papel de cuidador entre os familiares<sup>(7)</sup>. A institucionalização, na maioria das vezes, leva os idosos ao isolamento sócio-afetivo, à inatividade, à perda da autonomia, da privacidade e da independência.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, que comparou a incidência de UPP entre idosos hospitalizados, em atendimento ambulatorial e institucionalizados, foi detectado uma maior incidência em idosos institucionalizados (11,9% a 39%) que em idosos hospitalizados (6,2% a 8,8%) ou em regime de atendimento ambulatorial (1,61%)<sup>(8)</sup>.

A UPP tem sido apontada, em diversos estudos, como indicador de qualidade não só do serviço mas da assistência de enfermagem, pois, apesar da gênese das UPPs ser multivariada, as ações da equipe podem prevenir, retardar o seu aparecimento ou reduzir os danos por elas causados, com a utilização de terapêutica adequada<sup>(9-12)</sup>. Com esta preocupação, foi elaborado, em julho de 2013, pelo Ministério da Saúde/ANVISA/FIOCRUZ um protocolo com a finalidade de “promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele”<sup>(13)</sup>. Quanto a prevenção da UPP, o protocolo apresenta seis etapas a serem seguidas: 1) Avaliação da UPP na admissão de todos os pacientes; 2) Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados; 3) Inspeção diária da pele; 4) Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada; 5) Otimização da nutrição e da hidratação e 6) Minimizar a pressão. As etapas 1 e 2

devem ser realizadas com todos os pacientes internos e as etapas de 3 a 6 devem ser realizadas com aqueles classificados com algum risco para desenvolver a lesão<sup>(13)</sup>.

A condição etária é um dos fatores influentes na etiopatogenia das UPPs, 70% destas ocorrem em adultos com mais de 70 anos de idade, sendo, portanto, um agravo que incide fortemente nas condições clínicas dos idosos. No entanto, apesar do impacto que estas causam, observa-se a escassez de publicações nacionais com enfoque nos fatores de risco para sua ocorrência em idosos institucionalizados. O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela oportunidade de conhecer e analisar a situação de uma população a partir de dados acerca do idoso em risco ou portador de UPP nas ILPIs.

Este estudo objetivou averiguar o risco para o desenvolvimento, as variáveis socioeconômicas, condições clínicas e a ocorrência de úlcera por pressão entre os residentes das Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, com abordagem quantitativa, cuja amostra constou de 142 idosos. Faz parte de um estudo mais amplo, realizado nas ILPIs de João Pessoa/PB. Estas instituições atendem à população idosa, na sua grande maioria carente, possuem caráter filantrópico (sem fins lucrativos). Quatro das seis instituições são católicas, uma é espírita e a outra evangélica. Todas são mantidas por doações da comunidade, além de parte dos benefícios de aposentadorias e pensões dos idosos. Possuem registro no Conselho Nacional de Serviço Social e no Conselho Municipal de Idosos da Paraíba (CMI/PB), do qual têm participação paritária em seu corpo colegiado.

O projeto de pesquisa foi inicialmente aprovado pelo CMI/PB, em seguida pelos responsáveis pelas instituições, só então pode ser registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo 0458/12. A pesquisa seguiu os trâmites legais que determinava a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto que a mesma foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB antes da promulgação da Resolução 466/12. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (caso o idoso não se encontrasse em condições físicas e/ou cognitivas o TCLE, era assinado pelo seu responsável).

As instituições foram denominadas por letras (A – F), com o intuito de manter o anonimato, garantindo assim o sigilo ético quanto à identificação das mesmas. Quanto à estrutura física, possuem características semelhantes; em relação aos recursos humanos, a condição é precária, com um quantitativo expressivo de cuidadores sem formação adequada e

de voluntários. Em uma das ILPIs, o cuidado aos idosos era prestado por técnicos de enfermagem, nas demais observou-se que os cuidados básicos eram prestados pelos cuidadores, cabia aos técnicos de enfermagem, exclusivamente realizar curativos e preparo e administração de medicação; quatro ILPIs contavam com apenas uma enfermeira, noutra não havia enfermeira, mas contava diariamente com uma médica.

Em nenhuma das instituições estava implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), apenas em duas observou-se a presença de uma ficha com dados sociodemográficos, incluindo registro do exame físico simplificado e um *checklist* de ações gerais. A identificação das úlceras só era feita a partir do estágio II. Nenhuma das ILPIs possuía protocolo de prevenção e/ou tratamento.

Antes de iniciar a fase empírica da pesquisa, foi realizado um treinamento com os colaboradores para garantir a concordância entre as avaliações. Foram considerados aptos aqueles participantes que obtiverem níveis de concordância total de 95 a 100%.

A população deste estudo foi composta por 324 idosos que foram todos entrevistados e avaliados quanto aos dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos, identificação dos fatores de risco para desenvolvimento da UPP e a aplicação da escala de Braden. Com os resultados da avaliação pela escala de Braden, os participantes foram divididos em dois grupos: Primeiro grupo, idosos avaliados com escore de Braden $>18$ , denominados grupos sem risco; e segundo grupo, caracterizado como de risco, com escore de Braden $\leq18$ . Este último grupo serviu de base para a determinação da incidência de UPP.

A coleta de dados, composta de dois momentos, foi realizada pela autora, com auxílio de colaboradores, no período de janeiro a dezembro de 2013. No primeiro, os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados do prontuário do idoso. No segundo, os demais dados (condições da pele, dados antropométricos, identificação dos fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão e aplicação da escala de Braden) foram obtidos diretamente com o idoso e/ou seu cuidador responsável.

Neste estudo, os parâmetros antropométricos (peso; altura; prega cutânea subescapular; circunferência do braço; altura do joelho e circunferência da panturrilha) foram atualizados no momento da coleta de dados. Todas essas medidas foram aferidas com equipamentos e técnica padrão. Para idosos acamados, foi necessário utilizar métodos preditivos para determinar o peso e a altura. Além disso, houve aqueles que, pelo avançado processo de envelhecimento, assumiram posturas que inviabilizavam a forma tradicional de verificação, optando-se, por conseguinte, a aplicação da regra de Chumlea e

colaboradores<sup>(14,15)</sup>. No caso de idosos com membros amputados, foi seguido o referido em: Um guia para completar a Mini avaliação nutricional®<sup>(16)</sup>.

Naqueles idosos que compunham o grupo de risco, foram realizadas quatro reavaliações em semanas consecutivas, iniciadas uma semana após a avaliação inicial e aplicação da Escala de Braden. Aqueles que apresentaram UPP na avaliação inicial, não compuseram o grupo para as reavaliações, entretanto, foram acompanhados até o final da coleta em cada instituição.

As reavaliações constaram do exame físico da pele dos idosos. Estas, normalmente, ocorriam nos horários de banho. A partir do momento que havia a identificação da úlcera, em qualquer estágio, seguindo a classificação da NPUAP<sup>(17)</sup>, esta era registrada, levando-se em conta o estadiamento e as características da lesão (tamanho, profundidade, características do leito da ferida, exsudato e pele perilesional) e o idoso era retirado do grupo (embora permanecesse em acompanhamento). Todos os dados foram registrados em instrumento elaborado pela autora para este fim.

A avaliação de feridas é fundamental para direcionar o planejamento dos cuidados de enfermagem, permitindo a tomada de decisões que garantam uma boa evolução do processo de cicatrização e minimização dos riscos de complicações.

A taxa de incidência foi calculada utilizando a equação: TI = (Nº de casos novos em período determinado/População no mesmo período) x 100.

Os dados foram digitados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*, sendo os cálculos estatísticos realizados no software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0. Para a análise dos dados, prosseguiu-se com as técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, com os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e de Pearson. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança. Para o estudo quantitativo das variáveis, utilizou-se a distribuição das frequências, cujos resultados estão apresentados pelas frequências absoluta e relativa percentual.

## RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 324 idosos, divididos em 2 grupos: grupo sem risco (Braden>18) e grupo em risco (Braden≤18) que constaram, respectivamente, de 182 e 142 idosos. Dos 142 idosos, 112 (78,63%) eram do sexo feminino e 30 (21,37%) do sexo masculino. Não se verificou diferença estatística significativa entre sexo e o desenvolvimento da UPP ( $p$ -valor=0,576).

A média de idade dos 324 idosos foi de  $83 \pm 1,6$  anos, com idades entre 60 a 102 anos, tendo como média de idade daqueles que desenvolveram úlcera  $82,7 \pm 12,4$  e naqueles que não as desenvolveram  $81,1 \pm 11,8$ . A partir do teste Qui-quadrado, verificou-se que não houve diferença relacionada à idade entre aqueles que desenvolveram ou não a UPP ( $p$ -valor=0,3762). Quanto a cor da pele, a maioria dos idosos era de cor branca (102 idosos), seguidos pelos de cor parda (23 idosos) e os de cor preta (17 idosos). Não houve relevância estatística entre cor da pele e o surgimento da UPP ( $p$ -valor=0,134).

A partir do teste Qui-quadrado, não se verificou diferença estatística significativa entre aqueles que fumavam e os que não fumavam em relação à presença de UPP ( $p$ -valor = 0,666). Quanto a ingestão de álcool, nenhum dos idosos referiu consumir bebida alcoólica.

Quanto às condições clínicas consideradas no estudo, verificou-se que existe relevância estatística significativa para portadores de doenças neurológicas (Alzheimer e Parkinson), com  $p=0,018$ , seguida das paralisias, com  $p=0,040$ . Entre as demais condições clínicas referidas e o desenvolvimento da UPP, não houve relevância significativa (Tabela 1).

**Tabela 1** – Condição clínica de idosos institucionalizados, segundo o desenvolvimento de UPP, João Pessoa – Brasil, 2013

Condição Clínica	p-valor*
Doença neurológica	0,018
Paralisias	0,040
Doença cardíaca	0,120
Cegueira	0,176
Visão prejudicada	0,220
Problemas respiratórios	0,261
Surdez	0,379
Hipertensão arterial	0,431
Problemas de audição	0,436
Doença Vascular	0,479
Obesidade	0,722

\* Teste Qui-quadrado ao nível de 5%.

Com relação ao estado mental, 80,8% dos participantes que desenvolveram UPP apresentaram déficit cognitivo moderado ou grave, sendo, este, considerado uma variável relevante para o surgimento do agravo.

Considerando-se os medicamentos utilizados pelos idosos, observou-se que nenhum destes contribuiu para o desenvolvimento da UPP, quando considerado o  $p$ -valor>0,05, de acordo com a análise bivariada. Dessa forma, não se verificou diferença estatisticamente

significativa entre os idosos que desenvolveram ou não a UPP em relação ao uso dos respectivos medicamentos (Tabela 2).

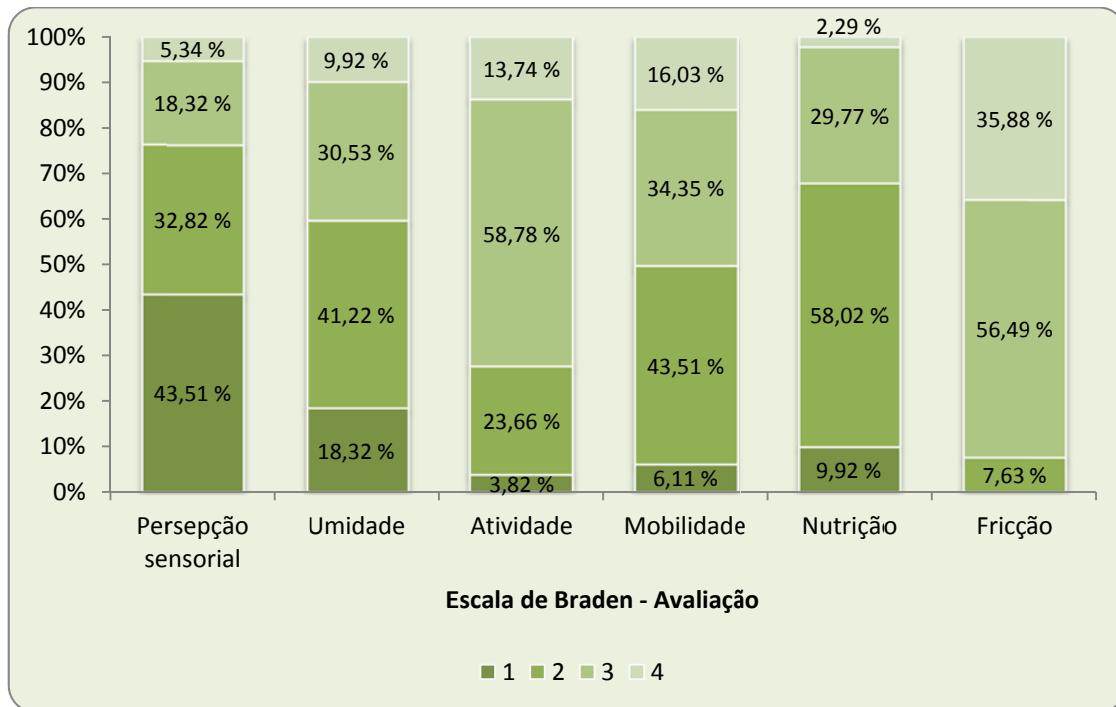
**Tabela 2:** – Desenvolvimento da UPP, em idosos institucionalizados, relacionado ao uso de medicamentos, João Pessoa – Brasil, 2013

<b>Medicamentos</b>	<b>Desenvolvimento da UPP</b>			<b>p-valor</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>n</b>	
Corticosteróides	Sim	-	-	-
	Não	73	56	
Antimicrobianos	Sim	6	5	0,886
	Não	67	51	
Anti-hipertensivos	Sim	39	24	0,234
	Não	34	32	
Analgésicos	Sim	4	5	0,446
	Não	69	51	
Anti-depress/neurolept/psicotrop	Sim	32	24	0,912
	Não	41	32	
Anti-histamínicos	Sim	1	1	0,850
	Não	72	55	
Quimioterápicos	Sim	0	1	0,252
	Não	73	55	
Anti-agregante	Sim	23	13	0,298
	Não	50	43	
Hipoglicemiante	Sim	13	10	0,994
	Não	60	46	
Diuréticos	Sim	11	6	0,469
	Não	62	50	

A avaliação das subescalas de Braden mostrou que os maiores percentuais recaíram sobre os escores: totalmente limitado (Percepção sensorial), muito molhada (Umidade), anda ocasionalmente (Atividade), bastante limitado (Mobilidade), provavelmente inadequado (Nutrição) e problema em potencial (Fricção e cisalhamento) (Figura 1).

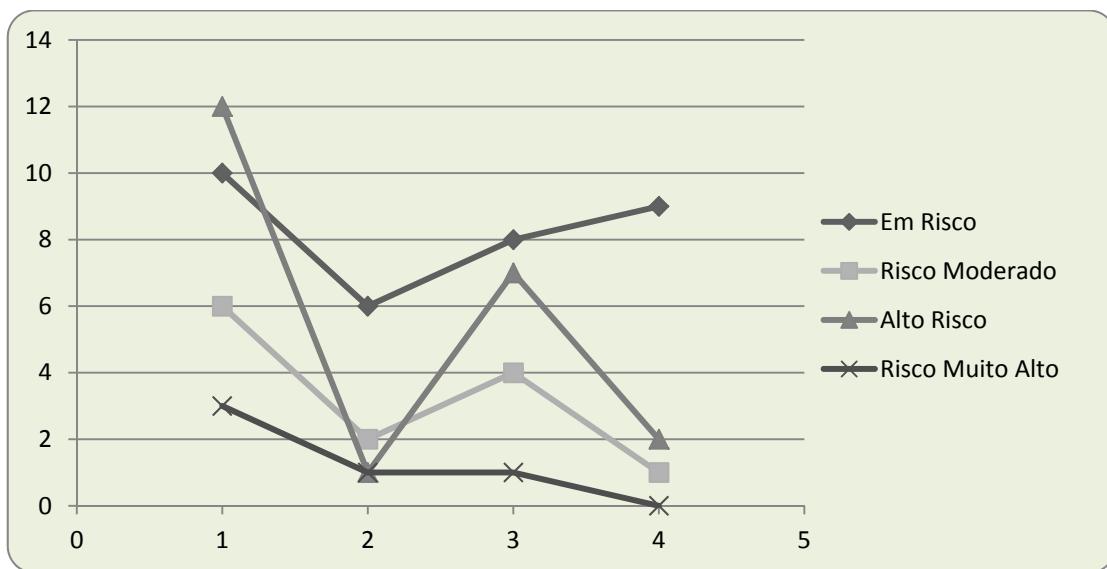
Observou-se, ainda, que os idosos com UPP, categorizados pela escala de Braden como de *risco muito alto*, enquadram-se nas seguintes subescalas: Umidade (pele muito úmida –  $p=0,043$ ); Nutrição (provavelmente inadequada –  $p=0,010$ ) e Fricção e cisalhamento (problema potencial –  $p=0,040$ ), apresentando, todas, diferenças estatisticamente significativas.

**Figura 1 – Frequências dos escores das subescalas de Braden nas quatro reavaliações, João Pessoa – Brasil, 2013**



Levando-se em consideração a classificação da escala de Braden, as quatro reavaliações realizadas neste estudo revelaram uma movimentação significativa no número de casos de UPP. No grupo de idosos classificados em *alto risco*, grupo que apresentou o maior número de casos na primeira reavaliação, houve um decréscimo significativo. Já no grupo classificado como *em risco*, apesar do decréscimo apresentado na segunda reavaliação, o número de casos voltou a crescer ao longo das duas últimas reavaliações. O grupo classificado como *risco muito alto* foi o único a não apresentar casos na quarta reavaliação, o que reafirma o valor preditivo da escala de Braden, uma vez que todos deste grupo desenvolveram a lesão no intervalo de apenas três semanas. Ao aplicar o teste de Pearson, obteve-se  $r = -0,636$ , o que indicou uma relação estatisticamente significativa entre a classificação e o desenvolvimento de UPP (Figura 2).

**Figura 2** – Número de casos de UPP nas quatro reavaliações dos idosos institucionalizados, João Pessoa – Brasil, 2013



Em análise da associação do escore da escala de Braden com a ocorrência de UPP nos grupos com e sem risco, observou-se que do grupo *em risco* (142 idosos), 73 apresentaram UPP, e apenas um paciente do grupo *sem risco* (182 idosos) desenvolveu UPP (Tabela 3). Para o escore total da escala de Braden, os resultados mostraram a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem UPP, com p-valor = 0,024.

**Tabela 3** – Associação do escore de Braden e UPP, em idosos institucionalizados, João Pessoa – Brasil, 2013

Observado		Braden ≤ 18			
		Sim	%	Não	%
UPP	Sim	73	51,4	1	0,5
	Não	69	48,6	181	99,5
Total		142	100,0	182	100,0

A incidência de UPP, observada neste estudo, entre os residentes das ILPIs de João Pessoa, realizado na população de idosos institucionalizados (324 idosos), foi de 22,5%. Considerando apenas o grupo de Braden≤18, obteve-se uma incidência de 51,0%. Verificou-se, ainda, que 79,46% apresentaram apenas uma úlcera.

As localizações mais frequentes de ocorrência das UPPs foram, a região sacra, com 32,87%, seguida das regiões glútea, com 20,55% e as margens laterais dos pés, com 9,59%. Observou-se, ainda, que 49,32% apresentaram UPP no estágio II na primeira reavaliação.

## DISCUSSÃO

As UPPs representam um dos principais agravos à saúde, principalmente por ser transversal a diversos eventos, que levam à complicações do estado de saúde daqueles que a desenvolvem. Causam, ainda, dor e desconforto, aumentam os gastos com material, o tempo de assistência, os gastos pessoais e institucionais, além de prolongar a internação. Aliado a tudo isto, observou-se a dificuldade das ILPIs com a manutenção da higidez dos idosos que, não raras vezes, apresentavam tanto debilidades inerentes ao processo de envelhecimento, como um grande contingente de afecções crônico-degenerativas. A conjunção destes fatores coloca os idosos numa condição de debilitados e vulneráveis.

Dentre os 324 idosos residentes das seis ILPIs de João Pessoa, com idades entre 60 a 102 anos (média de idade dos idosos de  $83 \pm 1,6$  anos), 142 compuseram o grupo *em risco*. Considerando os dados sociodemográficos do grupo, observou-se que no grupo *em risco*, a maioria (78,63%) era do sexo feminino – predominância esperada, diante da conhecida feminilização da população idosa<sup>(18-22)</sup>. Contrariamente, em um estudo, realizado no ano 2000, em João Pessoa/PB, com população geriátrica institucionalizada houve predominância do sexo masculino e média de idade de 65,5 anos<sup>(23)</sup>.

Mesmo se sabendo que com o avanço da idade há alterações anátomo-fisiológicas da pele que a predispõe ao acometimento deste agravo<sup>(24)</sup>, o estudo atual não estabeleceu relação estatisticamente significativa da idade e do sexo com a ocorrência de UPP, o que vai de encontro aos resultados de pesquisas anteriormente realizadas em São Paulo e Minas Gerais<sup>(25,26)</sup>.

Clinicamente, os idosos em estudo apresentaram de uma a cinco patologias, com predomínio de HAS, AVE, doenças neurológicas, doenças cardíacas, diabetes mellitus e doença vascular periférica. Em análise multivariada, relacionada com a ocorrência de UPP, verificou-se existir relevância significativa para acometidos por doenças neurológicas (Alzheimer e Parkinson) com  $p=0,018$ , seguida das paralisias com  $p=0,040$ , estas, em sua maioria, decorrentes de AVE. Este panorama interfere na qualidade de vida, prejudicando o autocuidado e a capacidade funcional dos idosos, alterando parâmetros como: percepção sensorial, mobilidade, atividade e umidade da pele. Esta última altera-se, principalmente em função da incontinências urinária e fecal que, por sua vez, elevam o risco de desenvolvimento da UPP. Os resultados aqui descritos são também corroborados por diversos autores<sup>(3,18,27,28)</sup>.

O déficit cognitivo repercute na ocorrência de UPP. Foi identificado, nesta pesquisa, que 80,80% dos idosos classificados com déficit cognitivo grave e moderado desenvolveram

UPP. Observou-se, nestes casos, um aumento da permanência no leito, uma vez que o grau de acometimento da cognição interfere na autonomia e na capacidade de movimentação, intensificada pela utilização de medicamentos classificados como: antidepressivos, neurolépticos e psicotrópicos. Neste sentido, um estudo realizado com 94 idosos institucionalizados reporta a utilização desses medicamentos como fator de risco para o desenvolvimento das UPP<sup>(20)</sup>.

A polifarmácia é um problema frequentemente encontrado entre os idosos residentes de ILPIs, por apresentarem condições clínicas diversas, limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade<sup>(29)</sup>. A diversidade de medicamentos é o principal fator de risco para iatrogenias e reações adversas, que levam a internações e gastos adicionais. Nesta pesquisa, a variação de uso de medicamentos foi de um a onze por idoso, com uma média de 3,60. Resultado que vai ao encontro de pesquisa realizada em instituições de Belo Horizonte, na qual a média foi de 3,45<sup>(28)</sup> e outro estudo, realizado no Distrito Federal, que apontou uma média de 4,70<sup>(20)</sup>.

Ressalta-se que, nas instituições estudadas, fatos como a deficiente cobertura da Estratégia Saúde da Família, à qual as instituições são adstritas, a impossibilidade econômica para a aquisição de medicamentos mais adequados ao quadro clínico apresentado e a falta de revisão frequente das prescrições são fatores que levam a polifarmácia. Entretanto, pela análise bivariada, não se constatou associação estatística significativa entre o quantitativo de medicamentos utilizados e a ocorrência de UPP.

Com base na avaliação de risco, de acordo com a escala de Braden, e baseado em escores sugeridos pela literatura, o ponto de corte utilizado foi 18, por apresentar melhores índices de representatividade da efetividade de avaliação.

Durante a realização das reavaliações com o grupo *em risco* (142 idosos), a realidade encontrada revelou as diferenças entre o grupo com e sem UPP, nos quais a nutrição, a umidade e a fricção e cisalhamento mostraram associação estatisticamente significativa com a detecção de UPP. Na subescala umidade (pele muito úmida), observou-se, como fator fundante, a incontinência urinária. Já na subescala fricção e cisalhamento (problema potencial), o déficit cognitivo e fatores que dificultam ou impedem a autonomia na mobilização conjugados com a insuficiente quantidade de profissionais e a falta de preparo dos mesmos intensificaram os efeitos danosos sobre a pele dos idosos. Quanto a nutrição, além da diminuição da acuidade gustativa, inerente ao processo de envelhecimento em alguns idosos, observou-se a uniformidade de cardápio com péssima apresentação dos alimentos. Este resultado é corroborado em pesquisas com idosos institucionalizados tanto no Brasil como em um estudo realizado em 16 estados da República Federal da Alemanha<sup>(3,8,26,30)</sup>.

Os 142 idosos que compuseram o grupo destinado às reavaliações ( $\text{Braden} \leq 18$ ) foram avaliados durante quatro semanas consecutivas, sendo o segundo grupo ( $\text{Braden} > 18$ ), composto por 182 idosos, acompanhado no mesmo período. Dos 142 idosos expostos ao risco, 73 desenvolveram UPP, enquanto que apenas 1 dos 182 idosos, não expostos ao risco, desenvolveu a lesão, provocada após queda, que levou a idosa a ficar restrita ao leito e, consequentemente, variou o escore de Braden. Este resultado vem coadunar com autores que ratificam a escala de Braden como instrumento efetivo de avaliação de risco para desenvolvimento de UPP<sup>(8,25,26,31-33)</sup>.

Entretanto, um estudo que avaliou seis outros estudos de prevalência de UPP, realizados entre 2004-2009, em toda a Alemanha, envolvendo 17.666 habitantes de 234 instalações de cuidados de longo prazo, reconheceu a validade preditiva de risco, mas refere haver uma diferença entre a pressão de constructo do risco e o desenvolvimento de UPP. Argumenta que os escores da Braden, obtidos pela simples adição da pontuação dos itens, não medem adequadamente o risco para UPP, por considerar todos os itens igualmente importantes<sup>(30)</sup>.

A ocorrência de UPP tem sido utilizada como indicador de qualidade assistencial, apesar de ainda serem parcós os estudos de incidência na população idosa residente em ILPI. Foi observado neste estudo uma incidência de 22,5%, quando considerado o número de novos casos na população total (n=324). Esse percentual elevou-se para 51,0%, ao se considerar apenas o grupo de  $\text{Braden} \leq 18$ . Observou-se, em ambos os casos, um alto percentual. Diversos estudos ratificam esses percentuais<sup>(2,3,8,34,35)</sup>. Em um estudo prospectivo, realizado com 346 residentes de quatro instituições de Hong Kong, foi revelado uma incidência maior de UPP em ILPI do que em ambiente hospitalar ou ambulatorial<sup>(8)</sup>.

Na avaliação pela escala de Braden, as diferenças significativas entre os escores totais para os idosos que desenvolveram UPP e aqueles que não as desenvolveram, com valores inferiores para o primeiro grupo, ratifica tanto a importância da avaliação sistemática do risco para desenvolvimento de UPP quanto para o primeiro passo na implementação de medidas preventivas deste agravo. sendo esta avaliação uma ação crucial dos cuidados de enfermagem, além de apontar para a necessidade de profissionais com qualificação no cuidado ao idoso.

## **CONCLUSÃO**

O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade proporcionaram um elevado número de pessoas idosas na população. Essa nova dinâmica

populacional, aliada às mudanças da estrutura familiar e à falta de políticas públicas de apoio aos idosos, suas famílias e cuidadores, tem gerado significativo aumento da procura pelas chamadas ILPIs. A clientela a qual se refere este estudo provém de uma época em que a perspectiva do envelhecimento era detida por poucos. A população em geral aceitava passivamente este fato, entretanto, nos dias atuais, os jovens já se preocupam com a senescência, criando para os profissionais de saúde a necessidade de estarem atentos à nova demanda, às alternativas e tecnologias para a prevenção de agravos e promoção da saúde.

O impacto causado pela institucionalização, decorrente, em grande parte, de problemas que levam o idoso a uma condição de fragilidade e dependência, seja por problemas biológicos ou psicológicos, causa sérios danos aos idosos. Infelizmente, na realidade estudada, a ausência da família e daqueles que outrora fizeram parte da vida e do cotidiano do idoso corroboram para o estado de apatia e falta de interesse pela vida que, congregado com a falta de atividades e a monotonia da rotina das instituições imposta a todos, infligem uma diminuição da mobilidade, que por vezes os mantem sentados ou mesmo acamados por longos períodos. Tudo isto, somado a eventos próprios ao processo de envelhecimento tegumentar, predispõem ao aparecimento das UPPs.

As UPPs são complicações passíveis de ocorrer, principalmente naquelas com restrição de mobilidade e idade avançada. Impõe sobrecarga física, emocional e social para o paciente, a família e as instituições. A prevenção tem se mostrado como a melhor forma de enfrentá-la. Assim, conhecer os fatores de risco predominantes na gênese da UPP em idosos institucionalizados e adotar medidas preventivas apropriadas que envolva toda equipe, sejam profissionais da enfermagem ou cuidadores, têm se mostrado um grande passo para a prevenção deste agravo. Para tanto, o enfermeiro necessita deter conhecimentos, competências e habilidades específicas para prover uma assistência eficiente e segura.

Evidenciou-se, pois, a necessidade de ampliar as ações de prevenção das UPPs como meta de diminuir as taxas de incidência deste agravo, visto que o alto índice de UPP está relacionado a uma assistência precária, fato que, infelizmente, foi uma constatação neste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 13];11(1). Available from: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt)
2. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaucha Enferm.* 2011 Mar;32(1):143–50.
3. Sousa JERB, Silva HF, Rabelo CBM, Bezerra SMG, Luz MHBA, Rangel EML. Fatores de risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPI.* 2012 Jan;1(1):36–41.
4. Gomes FSL, Magalhães MBB. Úlcera por pressão. Feridas: como tratar. 2nd ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 189–223.
5. Dugdale DC. Aging changes in skin [Internet]. MedlinePlus: Medical Encyclopedia. 2012 [cited 2014 May 3]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004014.htm>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283 [Internet]. RDC 283 Sep 26, 2005. Available from: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/securancadopaciente/documentos/rdc/RDC%20N%C2%BA%20283-2005.pdf>
7. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras estud popul.* 2010 Jun;27(1):232–5.
8. Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs.* 2009 Oct;65(12):2608–20.
9. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):21–8.
10. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM de, Suzuki LM. Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):136–40.
11. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(4):719–26.
12. Silva MRV, Martini AC, Dick NRM. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):339–46.
13. Brasil, Ministério da Saúde/ANVISA/FIOCRUZ. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. Ministério da Saúde; 2013 [cited 2014 Jun 13]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/securancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>

14. Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(2):116–20.
15. Chumlea W, Guo S, Roche A, Steinbaugh M. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc.* 1988;88(5):564–8.
16. Nestlé Nutrition Institute. Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional® [Internet]. s.d. [cited 2012 Dec 8]. Available from: [http://www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_portuguese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf)
17. National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP. Conceito e classificação de úlcera por pressão: Atualização do NPUAP. *Rev Estima.* 2007;5(3):43–4.
18. Ribas RTB, Pereira RB, Guidace N, Alexandre TS. Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP. *UNOPAR Científica Ciências biológicas e da saúde.* 2012;14(1):9–16.
19. Melo IAF, Kubrusly ES, Peixoto AA Jr. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2011 Mar;20(1).
20. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde.* 2007;18(1):09–16.
21. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE on line.* 2013 Oct;7(10):6027–34.
22. Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein H-H, et al. Preventing Pressure Ulcers in Long-term Care. *Arch Intern Med.* 2011 Nov;171(20):1839–47.
23. Lucena NMG. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasileira.* 2000;3(3):164–9.
24. Freitas JPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(6):515–21.
25. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J.* 2009 Jul;127(4):211–5.
26. Souza DMST, Santos VLCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2007 Oct [cited 2014 Jan 29];15(5). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf)
27. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2013;18(04):1069–78.

28. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(4):785–96.
29. Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010;13(1):51–8.
30. Lahmann NA, Tannen A, Dassen T, Kottner J. Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care - Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. *J Eval Clin Pract.* 2011 Feb;17(1):168–73.
31. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP.* 1999;23(Especial):191–206.
32. Costa IG, Caliri MHL. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. *Acta paul enferm.* 2011 Jan;772–7.
33. Aguiar ESS. Risco de úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física domiciliados em João Pessoa – PB [Dissertação de Mestrado]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2011.
34. White-Chu EF, Floc P, Struck B, Aronson L. Pressure ulcers in long-term care. *Clin Geriatr Med.* 2011 May;27(2):241–58.
35. Anselmi ML, Peduzzi M, França I Jr. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta paul enferm.* 2009 Jun;257–64.



**7**

**ÚLCERA POR PRESSÃO EM  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:  
ASSOCIAÇÃO DA INCIDÊNCIA COM  
FATORES DE RISCO, AVALIAÇÃO  
FUNCIONAL E NUTRICIONAL**

**(ARTIGO 04 – ORIGINAL)**

# **ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ASSOCIAÇÃO DA INCIDÊNCIA COM FATORES DE RISCO, AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NUTRICIONAL**

## **RESUMO**

**Objetivo:** Determinar a associação estatística entre a capacidade funcional, avaliada pela escala de Katz, o estado nutricional, estabelecido pela Mini Avaliação Nutricional, e o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, determinado pela escala de Braden. **Método:** Estudo transversal, de base populacional, realizado nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa – PB; com 324 idosos. Os dados foram coletados por meio de questionário, avaliação de prontuário, aplicação das escalas de Braden, Katz, Mini Avaliação Nutricional e exame físico da pele dos idosos. **Resultados:** Dentre os 94 idosos com estado nutricional adequado, 82 foram classificados sem risco e nenhum apresentou risco muito alto para úlcera por pressão. 57 eram independentes e 6 eram dependentes em seis tarefas, segundo a escala de Katz. Dos 324 idosos, 142 obtiveram escore de Braden  $\leq 18$ , dentre os quais, 73 (51,2%) idosos desenvolveram úlcera por pressão. **Conclusão:** Identificou-se haver uma relação diretamente proporcional entre o estado nutricional, capacidade funcional e risco para desenvolvimento da úlcera por pressão em idosos institucionalizados.

**Descritores:** Úlcera por Pressão. Atividades Cotidianas. Avaliação Nutricional. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, o processo de transição demográfica tem imprimido um acelerado aumento de idosos quando relacionado às demais faixas etárias. Pessoas com 60 anos e mais representam uma parcela crescente da população brasileira, atingindo 11% desta em 2010, sendo que, no grupo etário de 80 anos e mais, este crescimento chegou a 65%<sup>(1)</sup>.

Este aumento do número de idosos vem repercutindo sobremaneira nos aspectos sociais e de saúde. A Política Nacional do Idoso e as várias legislações que a sucederam assinalam a família como principal responsável pela manutenção do idoso. Contudo, para que esta proposição seja efetivada, faz-se necessária a implementação de serviços e programas que deem suporte às famílias, fornecendo-lhes meios para que possam assumir o papel de cuidadores.

O cuidar é um papel histórico e prioritariamente assumido pela mulher. Contudo, as mudanças nos padrões familiares, o aumento do número de idosos cuidadores, de idosos sem família e a ascensão da mulher no mercado de trabalho<sup>(2)</sup>, são alguns dos fatores que levam ao aumento da procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por uma população vulnerável, frágil e, em sua grande maioria, carente de atenção familiar.

O processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, no qual estão presentes diversos fatores determinantes, sejam eles internos, como o patrimônio genético, ou

determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente no qual o idoso está inserido. Ambos fatores levam a modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, determinando a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente<sup>(3,4)</sup>, tornando-o tanto vulnerável quanto suscetível aos processos patológicos, dentre os quais encontram-se as UPPs.

As UPPs são um agravo à saúde que causam dor física e psicológica; dificulta a recuperação a partir de condições mórbidas e de infecção; aumentam a utilização dos recursos de saúde, tais como o tempo de internação, os custos de tratamento e o tempo da enfermagem. Apesar de ocorrer em pacientes de todas as idades, pessoas mais velhas têm maior risco de desenvolver UPP, como reflete o fato de que 70 a 73% das pessoas que as desenvolvem têm mais de 65 anos de idade<sup>(5)</sup>.

Compondo as diversas alterações orgânicas próprias do processo de envelhecimento, têm-se a redução da água corporal total, a distribuição mais centrípeta da gordura, a diminuição e a fragilização da massa muscular; as alterações na pele, com renovação epidérmica mais lenta; o adelgaçamento da derme; a diminuição da elasticidade e da oleosidade dérmica, devido à redução no número de glândulas sebáceas e do tecido subcutâneo; a perda de turgor e a menor produção de colágeno. Estes fatores, somados ao déficit relacionado aos cuidados higiênicos ou do sensório e às limitações físicas em decorrência das doenças crônico-degenerativas que, não raras vezes, levam os idosos a ficarem acamados ou em uso de cadeira de rodas, elevam o risco para o desenvolvimento das UPPs<sup>(6)</sup>.

Diante do exposto, tem-se hoje a compreensão que a UPP é um evento que extrapola o campo de ação da enfermagem, sendo necessária uma abordagem multidimensional para a prevenção deste agravo e a identificação daqueles indivíduos que possuem maior risco para seu desenvolvimento. Para isso, vários instrumentos têm sido desenvolvidos, tais como as Escalas de Norton, Gosnell, Waterlow, Braden. Dentre os instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP, a Escala de Braden tem a vantagem de já ter sido validada para o uso na língua portuguesa<sup>(7)</sup>. Portanto, optou-se por sua utilização neste estudo.

Outro aspecto a ser investigado é a capacidade funcional, que está relacionada com a manutenção das atividades da vida diária (AVDs). Quando o idoso é acometido por incapacidades funcionais que reduzem sua autonomia e independência passa a requerer mais cuidados e atenção. A capacidade funcional é considerada um indicador de saúde dos idosos e a dependência física, psicológica e/ou social, sejam causadas por doença ou pelo processo de envelhecimento, são um sinal de perda das habilidades<sup>(8)</sup>.

Em virtude da multiplicidade de eventos e características que envolvem o ser humano, e mais especificamente o idoso, não se tem um método perfeito de avaliação nutricional, todos têm limitações. Contudo, para estar próximo de um ideal, este método deveria ser “específico para o estado nutricional; sensível às variações do estado nutricional; reproduzível; facilmente aplicável; facilmente mensurável; econômico; acessível e rápido”<sup>(9,10)</sup>. Diante do referido, percebe-se o quanto difícil é a tarefa de concepção e construção de um instrumento de avaliação. Muitos desses instrumentos são resultantes de um trabalho conjunto. A construção da Mini Avaliação Nutricional (MAM) também foi fruto de um esforço conjunto do Centro de Medicina Interna e Geriatria Clínica em Toulouse (França), do Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo México (USA) e do Centro de Pesquisa da Nestlé (Suíça). Sua validação deu-se por meio de três estudos que contou com mais de 600 idosos<sup>(9,11)</sup>.

A multifatorialidade que envolve a gênese das UPPs rebate na atuação dos profissionais da saúde tornando-a pouco efetiva e sem impacto na prevenção destas lesões. Isto suscita a necessidade de estudos que possam correlacionar além de fatores de risco, a capacidade funcional e o estado nutricional com a incidência de UPP em uma população que apresenta características que a torna suscetível a este agravo. A relevância deste estudo se dá pela magnitude dos agravos à saúde causados pelas referidas lesões e incipiente de dados referentes à temática em questão, por dívida subsídios para que os profissionais de saúde tracem planos de prevenção desta lesão, além de, por meio dos conhecimentos adquiridos, proporcionar uma melhor qualidade de assistência aos residentes das ILPIs. Neste sentido, objetivou-se determinar a associação estatística entre a capacidade funcional, avaliado pela escala de Katz, o estado nutricional determinado pela Mini Avaliação Nutricional e o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP), determinado pela escala de Braden.

## MÉTODO

Estudo de corte transversal, de base populacional, com abordagem quantitativa. O mesmo compõe um estudo maior (Tese de Doutorado – UFPB/PPGENF/GEPEFE\*), realizado em todas as ILPIs do município de João Pessoa–PB.

As referidas instituições possuem caráter filantrópico, todas são registradas no Conselho Nacional de Serviço Social e no Conselho Municipal de Idosos da Paraíba, e neste último têm participação paritária em seu corpo colegiado. São mantidas por doações da

\*UFPB – Universidade Federal da Paraíba; PPGNF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; GEPEFE – Grupo de Estudos e Pesquisas em Tratamento de Feridas.

comunidade, além 70% dos benefícios de aposentadorias e pensões dos idosos (*sic*). A população atendida, em sua maioria, é carente.

As instituições foram denominadas por letras, para manter o anonimato, garantindo, assim, o sigilo ético quanto à identificação das mesmas. Quanto à estrutura física, possuem características semelhantes, com acomodações individuais e coletivas. Nenhuma das seis instituições possui adaptações próprias para o atendimento ao idoso, conforme rege a Portaria n. 73<sup>(12)</sup> do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em relação aos profissionais de enfermagem, havia apenas uma enfermeira para cada uma das quatro instituições. A assistência direta aos idosos era prestada, em sua grande maioria, por cuidadores sem formação e por profissionais de serviços gerais. Em uma das instituições, a assistência aos idosos ficava a cargo de técnicos de enfermagem. O tempo de existência das ILPIs variou entre 14 e 100 anos. Têm capacidade para abrigar entre 12 e 120 idosos. Durante o período da pesquisa, o total de idosos institucionalizados variou de 12 a 106. A idade média entre eles foi de 81,17 ( $\pm 9,38$ ) anos, apresentando maior número de idosas.

A população foi composta por todos idosos residentes nas ILPIs – 324 idosos. Os critérios de inclusão, estabelecidos previamente, foram: ter 60 anos ou mais, residir na instituição, concordar em participar do estudo (aqueles que não possuíam condições físicas e/ou cognitivas para a anuência de sua participação, essa foi fornecida pelo seu responsável).

A coleta de dados, realizada pela pesquisadora e duas colaboradoras, ocorreu diariamente, no período de Janeiro a dezembro de 2013. Foi composta por dois momentos: No primeiro momento, para a obtenção dos dados, utilizou-se um instrumento estruturado e validado por profissionais com experiência na área. O instrumento era composto por questionário para identificação dos dados sociodemográficos, clínicos e fatores de risco. Foram também utilizadas as escalas: de Braden, para identificação do risco para UPP; de Katz, para determinação da capacidade funcional; e a Mini Avaliação Nutricional, para determinar o estado nutricional dos idosos. Na obtenção dos dados, realizou-se, inicialmente, levantamento de prontuários, técnica de entrevista com o idoso e, quando este possuía déficit cognitivo, as informações eram coletadas a partir do relato do cuidador. Foi também utilizada a observação não participante e o exame físico da pele. O segundo momento foi composto pelas reavaliações com aqueles idosos que tiveram um escore de Braden  $\leq 18$ . Estas ocorreram em quatro semanas consecutivas e constaram do exame físico da pele do idoso, no qual, ao ser detectado o aparecimento de UPP, em qualquer estágio, o idoso era excluído do estudo.

Os dados foram duplamente digitados e validados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*, e exportados para o software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20,0, no qual foi feita a análise descritiva e inferencial por meio do teste Qui-quadrado, Exato de Fisher e da regressão logística. Ressalta-se que o nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. O estudo quantitativo das variáveis foi realizado pela distribuição das frequências, cujos resultados estão apresentados pelas frequências absoluta e relativa percentual.

A pesquisa seguiu em conformidade com o que determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto que, ao ser submetida à Plataforma Brasil e ao Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, a Resolução 466/12 ainda não estava em vigor.

O projeto de pesquisa, ao qual o atual estudo está integrado, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, protocolo n.º 0468/12. O idoso institucionalizado ou seu responsável, após ter sido esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, assinou o termo de consentimento antes do início da coleta de dados.

## RESULTADOS

O estudo foi constituído por 324 idosos residentes das ILPIs de João Pessoa-PB, cujos dados obtidos de caracterização das variáveis sociais, demográficas e clínicas foram colhidos dos prontuários, dos livros de registro de admissão e das fichas de medicação. Do total de idosos, a predominância esteve com o sexo feminino, com 75,31% (244/324), enquanto que 24,69% (80/324) foi representada pelo sexo masculino. Para ambos os sexos, a idade mínima foi de 60 e a máxima de 106 anos, com média de 81,17 anos ( $\pm 9,38$ ). Entre os idosos do sexo masculino, 82,50% possuíam 70 anos ou mais. Com relação à escolaridade, 55,41% eram analfabetos puros ou analfabetos funcionais, pois estudaram, em média, apenas 3,19 anos ( $\pm 4,47$ ). 50% consideraram-se brancos e 60,53% deles eram solteiros ou viúvos. Com relação ao sexo feminino: a idade média se aproximava de 82 anos; 53,69% possuíam idade acima de 73 anos; 57,95% eram analfabetas ou analfabetas funcionais (sabiam assinar o nome), com apenas 2,16 anos de estudo ( $\pm 4,13$ ); 54,92% tinham cor branca; e 89,96% eram solteiras ou viúvas. 64% dos idosos foram encaminhados às ILPIs pelos familiares. Quanto às condições clínicas, a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes e as doenças neurológicas foram as mais expressivas.

Dos 324 idosos, 142 foram classificados com algum risco para desenvolver UPP, após avaliação utilizando a escala de Braden, tendo como escore de corte 18 pontos. Destes, 73 (51,4%) idosos desenvolveram pelo menos uma úlcera e 48,6% não apresentaram nenhuma lesão até a última reavaliação. 30,1% apresentaram alto risco para este agravo. Com relação aos indivíduos que não apresentaram UPP, 73,8% foram classificados em risco e, nesta mesma classificação, 45,2% apresentaram a lesão. Além disso, com base no teste Qui-quadrado, verificou-se não existir diferença estatística significativa (valor-p < 0,05) entre os indivíduos com e sem UPP em relação à classificação de risco no grupo de idosos classificados com Braden≤18 (Tabela 1).

**Tabela 1** – Presença de UPP, segundo a classificação de risco de Braden, em idosos institucionalizados com Braden≤18, João Pessoa-PB, 2013

Classificação de risco	UPP					
	Sim n	%	Não n	%	Total n	%
Em Risco	33	45,2	51	73,8	84	59,2
Risco Moderado	13	17,8	09	13,1	22	15,5
Alto Risco	22	30,1	09	13,1	31	21,8
Risco Muito Alto	5	6,9	–	–	5	3,5
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Após a avaliação inicial, apenas uma idosa com Braden>18 desenvolveu a UPP.

Verificou-se, também, que as variáveis: idade, incontinência urinária e classificação de risco pela escala de Braden foram significativas ao nível de 10%, contudo, a categoria “em risco” não foi significativa a este nível (valor-p>0,10). Observou-se que os idosos categorizados “em risco”, possuem uma chance, aproximada, três vezes maior de apresentar UPP em relação àqueles que foram classificados “sem risco”. Com relação aos idosos que estão na categoria “risco moderado”, identificou-se que a chance de apresentar UPP é de aproximadamente nove vezes maior em relação aos idosos que não apresentaram risco. Para os que foram classificados na categoria “alto risco”, registrou-se uma chance de apresentar UPP de aproximadamente quinze vezes maior em relação àqueles que não apresentaram risco. Do mesmo modo, observou-se que o risco de apresentar UPP é bastante elevado para os idosos que se classificaram na categoria “risco muito alto, em relação aos idosos “sem risco”.

Com respeito a variável “idade”, constatou-se que para cada aumento de uma unidade nessa variável a chance do paciente apresentar úlcera por pressão aumenta cerca de 6%. No que concerne a variável “incontinência urinária”, observou-se que para os idosos que

são acometidos pela mesma, a chance de apresentar a UPP é de aproximadamente quatro vezes maior em relação aos pacientes que não a apresentam, mantendo as demais covariáveis constantes. Com base nos intervalos de confiança para as estimativas das *Odds Ratio*, é esperado que em 95% contivesse a verdadeira razão de chance (Tabela 2).

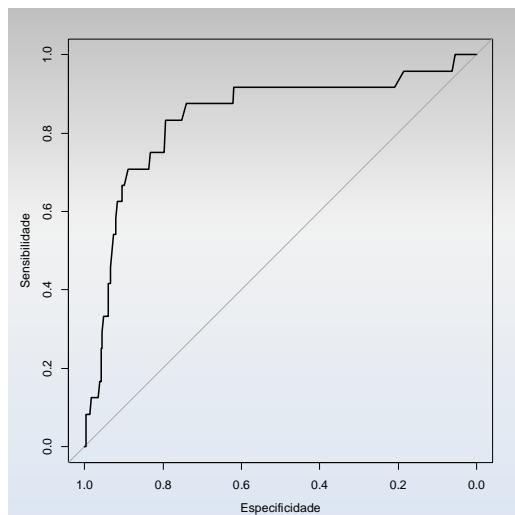
**Tabela 2** – Análise de regressão logística para possíveis variáveis preditoras ao aparecimento da UPP em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2013

Variável	Coeficiente da regressão	Odds Ratio	Valor-p	IC 95%	OR
Em risco	1,1423	3,1340	0,1391	0,6897	14,2406
Risco moderado	2,2439	9,4297	0,0136	1,5874	56,0143
Alto risco	2,6962	14,8233	0,0008	3,0454	72,1513
Risco muito alto	2,3413	10,3949	0,0827	0,7386	146,3041
Idade	-0,0631	0,9388	0,0121	0,8936	0,9863
Incontinência urinária	1,3169	3,7318	0,0777	0,8641	16,1156

\*Variável não significativa (valor-p > 0,10)

No gráfico da curva ROC (Figura 1), quanto maior a área sob a curva melhor será o desempenho global do classificador, que neste caso trata-se do modelo de regressão logística. O desempenho do classificador pode ser considerado como satisfatório, uma vez que, a curva encontra-se acima da linha diagonal, além disso, a AUC da curva ROC do modelo ajustado foi de 0,8385.

**Figura 1** – Curva ROC da análise de regressão logística para possíveis variáveis preditoras ao aparecimento da UPP em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2013



Após a análise inicial com os 324 idosos, foi possível observar a classificação dos grupos (presença ou ausência da UPP) segundo o modelo de regressão logística. Calculando-

se os valores da sensibilidade e especificidade obtidas através do ajuste do modelo de regressão. Com base nos valores da especificidade e sensibilidade, observou-se que o modelo possui uma especificidade relativamente superior à sensibilidade, ou seja, o modelo conseguiu discriminar melhor os idosos que não apresentaram UPP em relação aos que realmente apresentaram. O ponto de corte classificado pelo modelo proporcionou uma sensibilidade de 0,5 e 1-especificidade de 0,072. Assim, aproximadamente 50% de todos os pacientes que apresentaram UPP seriam corretamente identificados, e 7,2% (1-especificidade) dos pacientes que não apresentaram UPP poderiam ser incorretamente classificados.

A avaliação da capacidade funcional, com base na escala de Katz, foi realizada com o grupo de idosos com risco para desenvolver a UPP (142 idosos). Destes idosos, que compuseram a amostra, 19,7% (28) eram independentes. Por outro lado, 47,2% (67) eram dependentes em seis tarefas. Observou-se uma relação diretamente proporcional do percentual de UPP e o grau de dependência entre os idosos. Ressalta-se que, dos idosos que apresentaram UPP, 65,8% eram dependentes em seis tarefas. Verificou-se que para todas as variáveis referentes às atividades da vida diária, ao nível de significância de 5%, não apresentam diferença significativa entre os idosos com e sem a UPP ( $p > 0,05$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Presença de UPP em idosos institucionalizados, segundo o nível de incapacidade para realização das AVDs, João Pessoa-PB, 2013

Índice de Katz	UPP					
	Sim n	Sim %	Não n	Não %	Total n	Total %
Independência*	5	6,8	23	33,3	28	19,7
Dependente em 1 tarefa*	1	1,4	8	11,6	9	6,3
Dependente em 2 tarefas*	1	1,4	4	5,8	5	3,5
Dependente em 3 tarefas*	2	2,7	4	5,8	6	4,2
Dependente em 4 tarefas*	5	6,8	5	7,3	10	7,1
Dependente em 5 tarefas*	11	15,1	6	8,7	17	12,0
Dependente em 6 tarefas*	48	65,8	19	27,5	67	47,2

\* p – valor  $> 0,05$

A partir da avaliação nutricional, com o grupo de idosos com algum risco para desenvolver a UPP (142 idosos), observou-se que 53,3% foram classificados como desnutridos. Verificou-se também que o maior percentual (64,4%) de idosos que desenvolveram UPP foi classificado como desnutridos. 9,2% da amostra apresentou estado nutricional adequado (Tabela 4).

**Tabela 4** – Presença de UPP em idosos institucionalizados, segundo o estado nutricional, João Pessoa-PB, 2013

Estado Nutricional	UPP					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado adequado	3	4,1	10	14,5	13	9,2
Risco para desnutrição	23	31,5	30	43,5	53	37,3
Desnutrido	47	64,4	29	42,0	76	53,5
Total	73	100,0	69	100,0	142	100,0

A análise realizada com os 324 idosos mostra as associações entre o estado nutricional, classificação do risco para desenvolvimento de UPP e classificação de capacidade funcional. Os resultados mostram que as duas variáveis (classificação do risco pela escala de Braden e classificação de capacidade funcional segundo a escala de Katz) estão altamente associadas (valor-p inferior a 0,05) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Associação entre o estado nutricional, o risco de desenvolvimento de UPP e a capacidade funcional, em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2013

Variáveis	Estado nutricional			Significância (Valor-p)
	Adequado (94)	Risco para desnutrição (130)	Desnutrido (100)	
	n	n	n	
<b>Classificação do risco pela escala de Braden</b>				
Sem risco	82	81	19	
Em risco	9	40	35	
Risco moderado	2	3	16	< 0,00001
Alto risco	1	4	27	
Risco muito alto	0	2	3	
<b>Classificação de capacidade funcional segundo a escala de Katz</b>				
Independente	57	39	6	
Dependente em 1 tarefa	14	13	4	
Dependente em 2 tarefas	3	12	2	
Dependente em 3 tarefas	3	10	7	< 0,00001
Dependente em 4 tarefas	6	12	4	
Dependente em 5 tarefas	4	14	9	
Dependente em 6 tarefas	6	28	71	

## DISCUSSÃO

O estudo ora empreendido detectou um maior percentual de idosas (75,31%), o que corrobora com os dados de outros estudos que ressaltam a feminilização da população idosa em geral, tendência acompanhada pelos residentes em ILPI<sup>(13-16)</sup>, porém, dois estudos apresentaram resultados díspares<sup>(17,18)</sup>. Em ambos os sexos, o analfabetismo se fez presente em mais de 55% dos casos, realidade consequente da falta de política educacional e da pouca ou nenhuma valorização da formação formal na infância e juventude destes. Somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, veio a garantia da oferta obrigatória e gratuita do ensino público fundamental estendido a toda população, independente da idade (art. 208, I)<sup>(19)</sup>. Entretanto, naquela época, os idosos de hoje já não pertenciam mais a faixa de interesse imposta pela sociedade industrial, pois não mais teriam tempo suficiente para produzir. Na região Nordeste, segundo o censo de 2010, cerca de 70% dos idosos tinham no máximo três anos de estudos<sup>(20)</sup>, dado semelhante ao encontrado na população estudada.

Quanto à cor da pele, mais de 50% referiram ser de cor branca, fator que pode ser considerado como facilitador na detecção da UPP nos estágios iniciais, entretanto, exige uma maior atenção da enfermagem no momento da avaliação da integridade da pele em idosos de cor negra ou parda, visto que num estudo desenvolvido entre 2003 e 2008, realizado em 12.473 *Nursin homes*, a taxa de UPP foi maior em negros que em brancos<sup>(21)</sup>.

A escala de Braden tem sido largamente utilizada na prática como instrumento para determinar o risco de desenvolvimento de UPP. A soma dos seus subescores resulta em um valor que permite ao avaliador classificar o grau de risco do avaliado. No estudo em questão, dos 324 idosos, 182 (56,2%) foram classificados sem risco, contudo, a labilidade inerente ao idoso faz com que mesmo estes classificados sem risco, devam ser continuamente avaliados. Dos 142 participantes que compuseram o grupo com risco, pouco mais de 50% dos idosos de todas as classificações desenvolveram a UPP. Disto, pode-se inferir que a escala de Braden possui excelente valor preditivo<sup>(22-24)</sup>.

A UPP tem uma multiplicidade de fatores envolvidos em sua gênese, sendo a umidade da pele um destes. As incontinências urinária e anal elevam a umidade e, associadas à falta de recursos humanos habilitados a lidar com o idoso e a escassez de recursos materiais, assumem lugar de destaque dentre as condições clínicas apresentadas pelos idosos. Salienta-se o evidente constrangimento causado por estas incontinências naqueles com capacidade cognitiva íntegra, interferindo, inclusive, nas atividades por eles desenvolvidas.

Outro parâmetro avaliado neste estudo foram as AVDs. Utilizando a escala de Katz, observou-se na população estudada que 65% daqueles idosos que desenvolveram a UPP encontravam-se na categoria dependente nas seis funções. Pode-se, portanto, inferir que idosos que apresentam dificuldade na realização de tarefas diárias estão mais sujeitos a apresentar a UPP.

A avaliação da capacidade funcional é um dos indicativos da qualidade de vida dos idosos<sup>(25)</sup>. No estudo em questão, ficou plausível a influência negativa do ambiente e da atitude dos profissionais de saúde e cuidadores, que preferem ajudar ou mesmo realizar as tarefas, ao perceber que o idoso já não mais possui habilidade plena em desempenhá-las, o que contribui para a dependência física e comportamental. Aliado a esta situação, alguns autores apontam que o confinamento, as regras e rotinas das ILPIs corroboram para o isolamento social e perda da autonomia<sup>(26,27)</sup>.

O grau de dependência não é condição *sine qua non* ao desenvolvimento de UPP, entretanto, na população pesquisada, 65% daqueles idosos que apresentaram dependência nas seis funções desenvolveram a lesão, enquanto que, naqueles que apresentaram dependência em apenas uma das funções, o percentual de desenvolvimento de UPP baixou para 1,4%. Assim foi identificado que o comprometimento das AVDs foi estatisticamente significativo para o aparecimento da UPP, visto que o comprometimento da capacidade funcional interfere diretamente na qualidade da mobilidade. Para este resultado, foram realizados os testes de Qui-quadrado e teste não paramétrico de Mann-Whitney, sendo consideradas as variações com valor de  $p < 0,05$ , resultado também encontrado em outras pesquisas<sup>(24,28)</sup>.

De modo geral, a desnutrição é a condição nutricional mais prevalente entre os pesquisados. Esta predispõe os idosos a enfermidades as quais, por sua vez, os predispõem a desordens nutricionais. Este ciclo de alterações, aliado às fragilidades, contribui com o desenvolvimento e exacerbação de doenças crônicas e agudas, além de prejudicar o processo de cicatrização, retardando-o<sup>(29,30)</sup>. A atual pesquisa revela que mais de 50% dos idosos que desenvolveram UPP foram classificados, após a avaliação com a MAN, como desnutridos e menos de 10% dos que apresentaram a úlcera foram classificados como nutritidos.

Neste estudo, pode-se comprovar uma associação positiva do estado nutricional, da capacidade funcional e a classificação de risco para o desenvolvimento de UPP. Também foi possível observar que aqueles idosos classificados em uma das categorias risco para desenvolver UPP estavam diretamente associados ao comprometimento do estado nutricional e ao grau de dependência para realização das AVDs. A conjugação destas três variáveis de

análise não foram encontradas pela autora na literatura, a qual refere-se somente à conjugação de apenas duas dessas variáveis em suas análises.

Estes dados vêm alertar para necessidade de uma avaliação multidirecional do idoso, atitude considerada valiosa no processo de decisão adotado pelo enfermeiro, seja no sentido de instituir ações preventivas ao desenvolvimento de UPP, seja nas ações que poderão proporcionar melhoria na qualidade de saúde e de vida desses idosos.

## **CONCLUSÃO**

O envelhecimento populacional no cenário internacional e nacional impulsionaram a criação de uma legislação brasileira para este estrato da população. As políticas de proteção ao idoso elegem a família como signatária do cuidado, pecam, entretanto, pela falta de dispositivos que atendam às necessidades das famílias e/ou cuidadores, que os possibilitem a assumir o papel de provedor e que garantam as condições de manutenção do idoso em convívio digno com a família e com a comunidade, aumentando assim a procura pelas ILPIs. Estas, por sua vez, necessitam de mudanças em suas estruturas físicas e de recursos humanos. Salienta-se, aqui, a importância do Estado em apontar caminhos para que o cuidado com o idoso frágil e dependente seja dividido com outras esferas da sociedade.

Quanto à população em estudo, ficou claro se tratar de um estrato populacional, formado em sua maioria por mulheres idosas, e que idosas e idosos não tiveram acesso à educação, diferentemente dos dias atuais, em que o analfabetismo tem apresentado índices decrescentes. Os profissionais da saúde, notadamente os da Enfermagem, precisam estar atentos às mudanças da demanda e às novas alternativas de atenção à saúde e à educação dos idosos e de suas famílias/cuidadores.

Dentre os fatores reconhecidos neste estudo, deve-se ressaltar não só o alto percentual de idosos com algum risco para desenvolver a UPP mas a elevada incidência da mesma, o que demonstra tanto a necessidade de se conhecer a etiopatogenia das UPPs e as complicações a elas associadas como a de identificar e avaliar os fatores de riscos ao seu desenvolvimento. Além disso, deve-se atentar para a importância da manutenção da capacidade funcional do idoso. Também foi identificado que grande parte dos idosos institucionalizados apresentou dependência em mais de três tarefas para o desempenho das AVDs, o que leva a necessidade de cuidados em tempo integral. Ressalta-se, ainda, ser imperativo estar atento aos sinais de distúrbios no estado nutricional.

Estes três parâmetros mostraram haver entre si uma interseção positiva na ocorrência da UPP e a observação dos mesmos favorecerá a determinação de ações inerentes ao processo

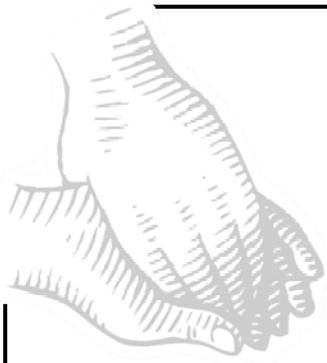
de cuidar para que sejam mais eficazes na diminuição da ocorrência das UPPs. Deve-se, no entanto, ter em conta que as estratégias de cuidados com o idoso devem pautar-se, principalmente, na fragilidade e na vulnerabilidade destes.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 17]. Available from:  
[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodo\\_logica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodo_logica_2013.pdf)
2. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras estud popul.* 2010 Jun;27(1):232–5.
3. Silva MRV, Martini AC, Dick NRM. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):339–46.
4. Sousa JERB, Silva HF, Rabelo CBM, Bezerra SMG, Luz MHBA, Rangel EML. Fatores de risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPI.* 2012 Jan;1(1):36–41.
5. Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs.* 2009 Oct;65(12):2608–20.
6. Gomes FSL, Magalhães MBB. Úlcera por pressão. Feridas: como tratar. 2nd ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 189–223.
7. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP.* 1999;23(Especial):191–206.
8. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2012;65(3):482–7.
9. Colemborgue JP, Conde SR. Uso da miniavaliação nutricional em idosos institucionalizados. *Scientia Medica.* 2011;21(2):59–63.
10. Nestlé Nutrition Institute. Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional® [Internet]. s.d. [cited 2012 Dec 8]. Available from: [http://www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_portuguese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf)
11. Spinelli RB, Zanardo VPS, Schneider RH. Avaliação nutricional pela miniavaliação nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região Norte do Rio Grande do Sul. *RBCEH* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 18];7(Suplemento). Available from:  
<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/993/pdf>

12. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73 [Internet]. Oct 5, 2001. Available from:  
<http://www.idoso.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=39>
13. Danilow MZ, Moreira AC S, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2007;18(1):09–16.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2012, esperança de vida ao nascer era de 74,6 anos. Sala de Imprensa [Internet]. 2013 [cited 2014 May 26]; Available from:  
<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2528>
15. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE on line*. 2013 Oct;7(10):6027–34.
16. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(04):1069–78.
17. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaucha Enferm*. 2011 Mar;32(1):143–50.
18. Lucena NMG. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasileira*. 2000;3(3):164–9.
19. Brasil. Constituição Federativa do Brasil [Internet]. 1988. Available from:  
[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CEEQFjAD&url=http%3A%2F%2Fbd.camara.gov.br%2Fbd%2Fbitstream%2Fhandle%2Fbdcamara%2F1366%2Fconstituciona\\_federal\\_35ed.pdf%3Fsequence%3D26&ei=PoOOU6qjHKTMsQTX7IDYBA&usg=AFQjCNE\\_NIqyi8NCJIoRX1YQg1fQTuxlmQ](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CEEQFjAD&url=http%3A%2F%2Fbd.camara.gov.br%2Fbd%2Fbitstream%2Fhandle%2Fbdcamara%2F1366%2Fconstituciona_federal_35ed.pdf%3Fsequence%3D26&ei=PoOOU6qjHKTMsQTX7IDYBA&usg=AFQjCNE_NIqyi8NCJIoRX1YQg1fQTuxlmQ)
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 1]. Available from:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf)
21. Li Y, Yin J, Cai X, Temkin-Greener H, Mukame DB. Association of race and sites of care with pressure ulcers in high-risk nursing home residents. *JAMA*. 2011;306(2):179–86.
22. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 Jun;523–30.
23. Costa IG, Caliri MHL. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. *Acta paul enferm*. 2011 Jan;772–7.

24. Freitas JPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(6):515–21.
25. Polaro SHI, Federalino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet].* 2012 [cited 2013 Oct 28];15(4). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000400016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400016&lng=en)
26. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):378–85.
27. Barros JFP, Alves KCAO, Dibai Filho AV, Neiva HC. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió - AL. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde [Internet].* 2010 [cited 2014 Jun 22];23(2). Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2011/2307>
28. Lisboa CR. Risco para úlcera por pressão em idosos Institucionalizados [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010 [cited 2014 May 20]. Available from: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/CristianeRLisboa.pdf>
29. Luz SR, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Úlceras de pressão. *G & G.* 2010;4(1):36–43.
30. Paz RC, Fazzio DMG, Santos ALB. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires [Internet].* 2012 [cited 2013 Dec 25];1(1). Available from: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/6/3>



**8**

**CONCLUSÃO**

*“A velhice – uma tela escura – pensar na velhice e nos pensar nela seria assustador? Talvez se não a tivéssemos como algo inerente ao nosso destino. Porém, é certo, é novo e o novo amedrona. Surge uma multiplicidade de imagens, formadas de luz e sombras, mas, qual seria a imagem da velhice senão àquela formada a partir da nossa própria vivência e do nosso eu como referencial no amanhã? Sendo assim, para uns a velhice é luz, para outros, sombra”<sup>(62)</sup>.*

Mirian Alves

Todas as culturas conheceram a juventude, porque todo mundo já foi jovem um dia, mas poucos conheceram a velhice. A velhice é na história das culturas e da evolução de nossa sociedade algo muito novo: sempre foi uma improbabilidade e experiência de uma minoria.

No entanto, o envelhecimento, na atualidade, é um fato que não pode mais ser contestado. Com o avanço tecnológico da sociedade moderna, as pessoas estão vivendo cada vez mais tempo, possibilitando uma maior expectativa de vida e, consequentemente uma longevidade nunca dantes experimentada. O fato de se estar envelhecendo de modo tão acelerado traz transformações nos valores éticos, estéticos e no modo como se percebe o processo de envelhecer. Em muitos dos casos, o envelhecimento se constitui como um grande paradoxo humano, já que ninguém quer ficar velho, muito menos, morrer. Entretanto, se não morremos, envelhecemos.

A queda da natalidade e da mortalidade precoce traz a longevidade, com o aumento progressivo da população com mais de 60 anos. Um fato que vem chamando a atenção de estudiosos e especialistas nas áreas de Gerontologia e Geriatria é o aumento da parcela da população acima de 80 anos, denominada de idosos mais idosos, contribuindo para o envelhecimento da população envelhecida em quase todas as nações.

No Brasil, todo o processo de envelhecimento populacional tem se dado de forma acelerada, com aumento exponencial de idosos em relação aos demais grupos etários. É verdade que o crescimento da população idosa e da longevidade ocorrem e são acompanhados por uma melhora nas condições de saúde, não só dos idosos, mas de todas as faixas etárias. Esse aumento ocorre em face do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e na cobertura da rede assistencial. Entretanto, em determinado momento, a tendência é o aumento do número de idosos com fragilidades físicas e/ou mentais, o que aumenta a vulnerabilidade destes aos processos patológicos e a consequente demanda por cuidados.

É fato que, desde meados do século passado, o Brasil tem apresentado queda nos índices de fecundidade e de mortalidade. Além disso, têm ocorrido mudanças na sociedade com relação ao padrão de nupcialidade, com casamentos entre pessoas do mesmo sexo, e nos (re)arranjos familiares. Fatos que ocorrem em concomitância e em decorrência de uma melhor escolarização feminina, da inserção destas no mercado formal de trabalho, da diminuição do número de filhos, ou até mesmo pela opção de não tê-los. Tudo isso propicia a fragilização dos vínculos familiares e tem acarretado mudanças no cuidar, observando-se, cada vez mais, a presença de idosos cuidando de idosos, já que o envelhecimento de toda população é significativo. Este panorama nos serve de alerta, pois a diminuição da disponibilidade de cuidadores familiares, posição historicamente ocupada pela mulher, vem acarretando em uma demanda por cuidados institucionais.

No Brasil, a legislação designa a família como principal provedor de sustento e de cuidados ao idoso. Determinam, assim, a Constituição Federal, de 1988, a Política Nacional do Idoso, de 1994 e o Estatuto do Idoso, de 2003.

Falta, contudo, que os gestores dos três níveis criem condições para que jovens envelheçam e velhos vivenciem a velhiceativamente, com respeito e dignidade, desfrutando do convívio da família e da comunidade. A rede de suporte ao idoso e à família é ainda ineficiente e incipiente, principalmente para as camadas mais pobres da população que não dispõem de serviços e programas que propiciem condições minimamente aceitáveis que possibilitem as famílias assumir o papel de cuidadora.

Este panorama justifica a necessidade e a procura pelas ILPIs, visto que, na realidade pesquisada, todos os idosos eram de baixa renda, recebiam menos de um a três salários-mínimos por mês e ou não possuíam família ou, se as possuíam, estas eram carentes de recursos materiais. Independente de terem filhos ou não, 65% dos idosos residentes foram levados à instituição pela própria família, família esta, que raramente os visitavam. Portanto, a falta de políticas de apoio à família e fragilidade dos vínculos familiares e intergeracionais são fortes fatores que contribuíram para a necessidade de institucionalização.

O estudo deixou claro a vulnerabilidade e a fragilidade social, física e emocional da população dos idosos residentes nas ILPIs pessoenses. Ressaltou, também, a inatividade física a que são impostos todos idosos e a dependência para realização das AVDs. Em 47% dos idosos, esta dependência era total, o que alerta para a necessidade de implementar práticas diárias de atividades físicas e reabilitação adequadas.

A polifarmácia, uma preocupante realidade, chama a atenção, não só pela média de 3,6 medicamentos por idosos como pelo fato de haver vários idosos fazendo uso de sete medicamentos diários. Observaram-se, ainda, morbidades com maior prevalência de doenças crônicas, representadas principalmente pelas cardiovasculares, neurológicas e osteoarticulares.

Todos estes fatos, associados à alta incidência de UPP, detectada através desta pesquisa, a qual registrou percentuais 22,5%, na população total de gerentes, e de 51%, ao se considerar o estrato com Braden≤18, chamam a atenção dos profissionais de saúde que trabalham nas ILPIs para a necessidade de uma avaliação mais acurada e mais constante dos idosos, especialmente daqueles integrantes do grupo etário a partir dos 80 anos (49%), que carecem de uma adequação de estratégias na atenção e no cuidar, principalmente no que diz respeito ao aumento de suas vulnerabilidades e fragilidades.

Evidenciou-se haver sinergismo de fatores que contribuem para a taxa de incidência de UPP em idosos institucionalizados, dentre eles, as mudanças advindas do processo de envelhecimento (normal ou patológico); as condições clínicas; a falta de recursos humanos qualificados para lidar com os idosos, principalmente com as fragilidades advindas do envelhecimento. Aliado a isto, percebeu-se a ausência do Estado e as deficientes estruturas de recursos econômicos, físicos e humanos das instituições pesquisadas.

Historicamente, o tema abordado nesta pesquisa é ainda recente, tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade brasileira. O envelhecimento populacional e a longevidade são fenômenos que começaram a ter relevância social e política nas duas últimas décadas do século XX, ganhando mais ênfase após a Constituição de 1988. É necessário, portanto, que a enfermagem assuma posicionamento ativo no movimento de construção e efetivação de leis e políticas sociais e de saúde, principalmente através da Rede de Suporte ao Idoso Dependente.

A UPP é hoje uma medida de qualidade da assistência e tem sido assumida como um agravo à saúde transversal às diversas áreas do cuidado. É também responsável pelo aumento do sofrimento tanto daqueles que a possuem quanto daqueles que cuidam, além de elevar as taxas de morbi-mortalidade e os custos financeiros para portadores e instituições.

Após a análise dos dados, foi possível ratificar a hipótese H<sub>1</sub>, pela significância estatística que a capacidade de realizar as AVDs (Katz), o estado nutricional (MAN) e a classificação de risco (Braden) apresentaram na incidência da UPP. Significância que alerta para a necessidade de uma constante avaliação dessa população.

Ao longo da pesquisa, ficou patente a necessidade do profissional de saúde e, principalmente, dos membros da equipe de enfermagem das ILPIs, de estarem cônscios das alterações advindas com o processo do envelhecimento, notadamente das alterações da pele do idoso. A deficiência encontrada na efetivação de cuidados essenciais para manutenção da integridade da pele deste segmento populacional aponta para a necessidade de desenvolvimento de estudos em prol da prevenção deste agravo – a úlcera por pressão.

A partir das considerações levantadas neste trabalho, percebem-se inúmeras possibilidades de um novo olhar sobre o idoso e de sua necessidade de proteção na sociedade. Sociedade que reage de forma ambígua à sua presença, pautada por valores e normas que dinamicamente se modificam de acordo com o tempo, as culturas e os acontecimentos, e que exige novas discussões, questionamentos e posições sobre o envelhecimento.

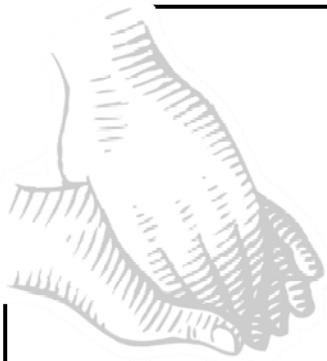
O desenvolvimento desta pesquisa propiciou a oportunidade de conhecer e analisar a situação de uma população em risco ou portadora de UPP nas ILPIs de João Pessoa. Tornou-se evidente a importância de se ampliar o conhecimento nessa área, a fim de subsidiar novas reflexões no sentido de propor ou definir novas estratégias assistenciais dentro das políticas de saúde de atenção ao idoso.

A despeito da relevância da temática, a incipienteza de estudos com esta população tem refletido na atuação dos profissionais de saúde, que se mostram pouco efetivas e sem impacto na prevenção da UPP. Portanto, espera-se que este estudo contribua para instigar os profissionais das ILPIs na busca por uma atualização e ação mais consciente na aplicação de medidas preventivas que reduzam, consequentemente, os casos de UPP. Espera-se, também, que possa estimular e subsidiar novas pesquisas, além de possibilitar a educação permanente e a elaboração de protocolos que deem sustentação à ação dos profissionais, com a finalidade de evitar ou diminuir a ocorrência desse agravo. No tocante à vida acadêmica, almeja-se contribuir para a melhoria do ensino de graduação e pós-graduação da área de saúde, estimulando novas reflexões e estratégias assistenciais dentro da política de saúde atual, principalmente no que concerne a população idosa institucionalizada, e, notadamente na prevenção da UPP.

Foi assumido pela pesquisadora o compromisso de ministrar, ao término da pesquisa, uma capacitação para os cuidadores, o que foi realizado nas duas primeiras instituições onde se deu a pesquisa, com participação em ambas de aproximadamente 90% de participação. A partir da terceira instituição, foi solicitado pela presidente do CMI/PB, que esta fosse oficializada e oferecida com o aval também deste órgão. Esta solicitação foi acatada e está

sendo desenvolvido por outro membro do GEPEFE em *continum* a esta pesquisa um projeto de tese que prevê uma intervenção educativa para os profissionais de enfermagem e cuidadores de idosos que contribuirá para a adoção de medidas de prevenção da UPP na prática clínica com vistas a reduzir a prevalência e incidência da UPP e suas complicações.

Hoje, pode-se dizer que as produções científicas, voltadas para a área da geriatria e da gerontologia, vêm se preocupando em dar uma resposta satisfatória, não apenas para o aumento do número de anos vividos, mas para a manutenção, aumento e garantia da qualidade de vida dos idosos. O objetivo deste estudo foi ir ao encontro destas preocupações, ao pensar sobre a incidência da úlcera por pressão e a sua associação com fatores de risco, avaliação funcional e nutricional em uma população já tão sofrida – os idosos institucionalizados.



## REFERÊNCIAS

1. Melo IAF, Kubrusly ES, Peixoto AA Jr. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011 Mar;20(1).
2. Remor CB, Bós AJG, Werlang MC. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Revista Scientia Medica*. 2011;21(3):107–12.
3. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora.” *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1785–96.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 17]. Available from:  
[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)
5. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785–96.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2012, esperança de vida ao nascer era de 74,6 anos. *Sala de Imprensa* [Internet]. 2013 [cited 2014 May 26]; Available from:  
<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2528>
7. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE on line*. 2013 Oct;7(10):6027–34.
8. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso [Internet]. 8.824 Apr 1, 1994. Available from:  
<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>
9. Brasil, Presidência da República. Estatuto do Idoso [Internet]. 10.741 Jan 10, 2003. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)
10. World Health Organization (WHO). Active Ageing – A Political Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging [Internet]. World Health Organization; 2002 [cited 2014 Apr 20]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)
11. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras estud popul*. 2010 Jun;27(1):232–5.
12. Camarano AA. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: Neri AL, editor. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESCSP - Editora Fundação Perseu Abramo; 2007. p. 169–90.

13. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]*. 2008 [cited 2013 Jan 13];11(1). Available from: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt)
14. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaucha Enferm*. 2011 Mar;32(1):143–50.
15. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J*. 2009 Jul;127(4):211–5.
16. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):21–8.
17. Luz SR, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Úlceras de pressão. *G & G*. 2010;4(1):36–43.
18. Gomes FSL, Magalhães MBB. Úlcera por pressão. Feridas: como tratar. 2nd ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 189–223.
19. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide [Internet]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [cited 2014 Mar 3]. Available from: [http://www.epuap.org/guidelines/QRG\\_Prevention\\_in\\_Portuguese.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf)
20. National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP. Conceito e classificação de úlcera por pressão: Atualização do NPUAP. *Rev Estima*. 2007;5(3):43–4.
21. Gouveia J, Miguéns C. Impressão: um Instrumento para a prevenção de úlceras por pressão [Internet]. Forum enfermagem.org. 2009 [cited 2014 Dec 26]. Available from: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/associacoes/gaif/item/3525#.U6S9NPldWQc>
22. Smanioto FN, Haddad MCFL. Índice de katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev Rene*. 2011;12(1):18–23.
23. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev esc enferm USP*. 2007;41(2):317–25.
24. Nestlé Nutrition Institute. Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional® [Internet]. s.d. [cited 2012 Dec 8]. Available from: [http://www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_portuguese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf)
25. Madariaga AV. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad [Internet]. Nações Unidas; 2001 [cited 2014 Jun 2]. Available from: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/9258/LCL1657p.pdf>

26. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002 [Internet]. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003 [cited 2014 Jun 2]. Available from:  
[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf)
27. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Governos afirmam conceito de “sociedade para todas as idades” [Internet]. Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal; 2002 [cited 2014 Jul 27]. Available from:  
<https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>
28. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Senado; 1988.
29. Gomes S, Munhol ME, Dias E. Políticas públicas para a pessoa idosa : marcos legais e regulatórios. Barroso ÁES, editor. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta; 2009. 33 p.
30. Camarano AA, editor. Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA;; 2004. Available from:  
[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)
31. Cielo PFLD, Vaz ERC. a legislação brasileira e o idoso. Revista CEPPG. 2009;21(2):33–46.
32. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria N° 2.528 Oct 19, 2006.
33. Pinto SPLC, Simson ORMV. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. Rev bras geriatr gerontol. 2012;15(1):169–74.
34. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 810. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional [Internet]. 09, 1989. Available from:  
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>
35. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73 [Internet]. Oct 5, 2001. Available from:  
<http://www.idoso.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=39>
36. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social. Norma Operacional Básica [Internet]. Jul 15, 2005. Available from: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>
37. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 94 [Internet]. RDC 94 de dezembro de, 2008. Available from:  
[http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/especificos/bulas\\_padronizadas\\_especificos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/especificos/bulas_padronizadas_especificos.pdf)

38. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283 [Internet]. RDC 283 Sep 26, 2005. Available from:  
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdc/RDC%20N%C2%BA%20283-2005.pdf>
39. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7th ed. Porto Alegre: Artmed;
40. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3 revista e Ampliada. São Paulo: Atlas; 2007. 336 p.
41. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 12];12(4). Available from:  
[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000400003](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003)
42. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Introdução à Epidemiologia. 4 Revisada e Ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2006. 282 p.
43. WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview: WOCN; 2003.
44. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de braden, na lingua portuguesa. Rev,EscEnfUSP. 1999;23(Especial):191–206.
45. Bergstrom N, Braden BJ. Predictive Validity of the Braden Scale Among Black and White Subjects. Nurs Res. 2002;51(6):398–403.
46. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Nursing Research. 1987;36(4):204–62.
47. Ayello EA. Predicting Pressure Ulcer Risk. Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults [Internet]. 2012 [cited 2014 Jun 30];(5). Available from:  
[http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_5.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_5.pdf)
48. Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19(1):50–7.
49. Leal PS. Úlceras por Pressão: avaliação pela escala de Braden em pacientes institucionalizados [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [São José dos Campos]: Universidade do Vale do Paraíba; 2005 [cited 2013 Dec 25]. Available from:  
[http://www.ppgbioeng.univap.br/mestrado\\_bio\\_eng/docs/dissertacoes/2005/PatriciaSiqueiraLeal.PDF](http://www.ppgbioeng.univap.br/mestrado_bio_eng/docs/dissertacoes/2005/PatriciaSiqueiraLeal.PDF)
50. Lisboa CR. Risco para úlcera por pressão em idosos Institucionalizados [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010 [cited 2014 May 20]. Available from:  
<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/CristianeRLisboa.pdf>

51. Souza DMST, Santos VLCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Oct [cited 2014 Jan 29];15(5). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf)
52. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(01):103–12.
53. Barros JFP, Alves KCAO, Dibai Filho AV, Neiva HC. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió - AL. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jun 22];23(2). Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2011/2307>
54. Katz S, STROUD III M. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(3):267–71.
55. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults [Internet]. 1998;(2). Available from: <http://therapeuticresource.ca/CVS/Katzindeptest.pdf>
56. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults [Internet]. 2012 [cited 2014 Jul 1];(2). Available from: [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf)
57. Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília -DF: : Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 98 p.
58. Loureiro MHVS. Validação do Mini-Nutricional Assessment em idosos [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [Coimbra]: Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina; 2009 [cited 2014 May 1]. Available from: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10439/1/TESE%20MHVSL.pdf>
59. Guedes ACB, Gama CR, Tiussi ACR. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN®). *Com Ciências Saúde*. 19(4):377–84.
60. Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc*. 1985;33(2):116–20.
61. Chumlea W, Guo S, Roche A, Steinbaugh M. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564–8.
62. Silva MA. Profissionais de saúde: análise sobre a formação no cuidado junto ao idoso [Dissertação de Mestrado]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2006.



## APÊNDICES

**APÊNDICE I**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO**

(De acordo com o item IV da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Estou realizando uma pesquisa intitulada **Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: associação da incidência com os fatores de risco, a avaliação funcional e a nutricional** no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa objetiva **Analizar a associação de fatores de risco com a avaliação funcional e nutricional e sua influenciam na e incidência de úlceras por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos do município de João Pessoa.**

Este projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e da Secretaria Municipal de Saúde e está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Congresso Nacional de Saúde, que regulamente a realização de pesquisa com seres humanos.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa destinar-se-ão à confecção da tese de doutorado, posterior encaminhamento para publicação em periódico especializado em forma de artigo e apresentação em eventos científicos da área.

Solicitamos sua participação nesta pesquisa, como sujeito de investigação, no consentimento em responder questionário, participar de intervenção educativa e atividade de observação.

Esclarecemos que será mantido anonimato dos participantes, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a participação neste, não acarretará ônus de espécie alguma, nem tão pouco, remuneração pela participação. Acrescentamos ainda que o participante poderá desligar-se da pesquisa a qualquer momento.

Colocamo-nos à disposição, como pesquisadores, para tirar qualquer dúvida que surgir e a realizar esclarecimentos sobre a participação nesta pesquisa e sobre o desenvolvimento da mesma em suas diversas fases.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Nome do Idoso (apenas as iniciais): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Espaço para impressão  
dactiloscópica

Eu, **Mirian Alves da Silva**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

Endereço: R. Sidney C. Dore, 100/Tambaú – João Pessoa-PB; CEP: 58.039-230

Contato: fone: (83)96158200 e-mail: miads.enf@gmail.com

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Espaço para impressão  
dactiloscópica

End. CEP/CCS/UFPB: – Castelo Branco, S/N, João Pessoa-PB, CEP: 58.051-900

Contato: (83) 32167791

**Agradecemos sua colaboração!**

**APÊNDICE II**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**DO CUIDADOR/RESPONSÁVEL INSTITUCIONAL**

De acordo com o item IV da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Estou realizando uma pesquisa intitulada **Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: associação da incidência com os fatores de risco, a avaliação funcional e a nutricional** no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa objetiva **Analizar a associação de fatores de risco com a avaliação funcional e nutricional e sua influenciam na e incidência de úlceras por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos do município de João Pessoa.**

Este projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e da Secretaria Municipal de Saúde e está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Congresso Nacional de Saúde, que regulamente a realização de pesquisa com seres humanos.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa destinar-se-ão à confecção da tese de doutorado, posterior encaminhamento para publicação em periódico especializado em forma de artigo e apresentação em eventos científicos da área.

Solicitamos sua participação nesta pesquisa, como sujeito de investigação, no consentimento em responder questionário, participar de intervenção educativa e atividade de observação.

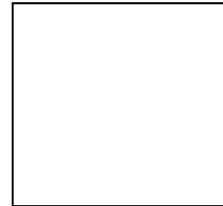
Esclarecemos que será mantido anonimato dos participantes, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a participação neste, não acarretará ônus de espécie alguma, nem tão pouco, remuneração pela participação. Acrescentamos ainda que o participante poderá desligar-se da pesquisa a qualquer momento.

Colocamo-nos a disposição, como pesquisadores, para tirar qualquer dúvida que surgir e a realizar esclarecimentos sobre a participação nesta pesquisa e sobre o desenvolvimento da mesma em suas diversas fases.

Declaro estar ciente do exposto e desejar que (apenas as iniciais) \_\_\_\_\_ participe da pesquisa.

Nome do Responsável (apenas as iniciais): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  


Espaço para impressão  
dactiloscópica

Eu, **Mirian Alves da Silva**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

Contato: fone: (83)96158200

e-mail: miads.enf@gmail.com

Endereço: R. Sidney C. Dore, 100/Tambaú – João Pessoa-PB; CEP: 58.039-230

Assinatura do pesquisador\_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  


End. CEP/CCS/UFPB: Castelo Branco, S/N João Pessoa-PB, CEP: 58.051-900

Contato: (83) 32167791

**Agradecemos sua colaboração!**

**APÊNDICE III**  
**INSTRUMENTO PARA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

**Nome do entrevistador (a):** \_\_\_\_\_

**Data da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Iniciais do nome:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado:** (1) idoso (2) cuidador (3) ambos

**SEÇÃO A. Dados sócio demográficos:**

**A1) Sexo:** (1) M (2) F

**A2) Idade:** \_\_\_\_\_ (anos completos)

**A3) Escolaridade:**

**A3a) Grau de instrução:**

(1) Analfabeto(a)

(2) Alfabetizado(a)

(3) Nível fundamental completo

(4) Nível fundamental incompleto

(5) Nível médio completo

(6) Nível médio incompleto

(7) Nível superior completo

(8) Nível superior incompleto

(99) NS/NR

**A3b) Quantos anos frequentou a escola?** \_\_\_\_ anos (Se nenhum colocar “0”)

**A4) Cor ou etnia:**

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda

**A5) Estado civil:**

(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a) (4) União Estável

(5) Divorciado(a) (6) Separado(a) (99) NS/NR

<b>A6) Número de filhos:</b> _____ (99) NS/NR	
<b>A7) Renda:</b>	
(1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR	
<b>A7a) Proveniente de:</b>	
(1) Aposentadoria	
(2) Pensão	
(3) Aluguel	
(4) Doações (família, amigos)	
(5) Outras: _____	
<b>A7b) Valor mensal (Referente ao salário-mínimo brasileiro: R\$ 622,00)</b>	
(1) Menos que 1 salário	
(2) De 1 à 3 salários	
(3) De 3 à 5 salários	
(4) Mais que 5 salários	
(99) NS/NR	
<b>A8) Tempo na Instituição:</b> _____ dias; _____ meses; _____ anos	
<b>A9) Quem encaminhou pra a instituição:</b>	
(1) Hospital (2) Serviço Social (3) Familiares (4) Vontade própria	
(5) Outros: _____ (99) NS/NR	
<b>A10) Serviço de saúde que utiliza:</b>	
(1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia	
(5) Outros: _____ (99) NS/NR	
<b>SEÇÃO B. Dados clínicos:</b>	
<b>B1) Doença de base:</b>	
B1a) Doenças osteoarticulares: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
B1b) Câncer – Qual? _____: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
B1c) Diabetes Mellitus: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
B1d) Acidente Vascular Encefálico: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
B1e) Doença Cardíaca: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
B1f) Doença vascular periférica: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
B1g) Doença Neurológica: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
( ) Parkinson ( ) Alzheimer ( ) Outra: _____	
B1h) Hipertensão Arterial: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR	

B1i) Obesidade ou magreza significativas:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1j) Paralisia - Local: _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1k) Visão Prejudicada (catarata/glaucoma):	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1l) Cegueira:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1m) Audição Prejudicada:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1n) Surdez:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1o) Problemas respiratórios:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1p) Outras- Quais? _____ :	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR

**SEÇÃO C. Fatores de risco para UPP:****C1) Tabagista:**

(1) Não (2)Sim (99) NS/NR

C1a) Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos (99)NS/NR

C1b) Quantos cigarros/dia:

(1) 1 à 10 cigarros/dia

(2) 10 à 20 cigarros/dia

(3) 20 à 30 cigarros/dia

(4) 30 à 40 cigarros/dia

(5) Mais que 50 cigarros/dia

**C2) Etilista:**

(1) Não (2)Sim (99)NS/NR

C2a) Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos (99)NS/NR

**C3) Presença de edema:**

(1) Não (2)Sim

C3a) Localização: \_\_\_\_\_

**C4) Higienização da pele:**

(1) Mais de um banho diário 2) Banho diário (3) Banho em dias alternados

(4) Banho sem tempo determinado (99) NS/NR

**C5) Histórico de fraturas (prévia e/ou atual):**

(1) Não (2) Sim (99) NS/NR

C5a) Localização: \_\_\_\_\_

**C6) Incontinência fecal:**

(1) Não (2) Sim (99) NS/NR

**C7) Incontinência urinária:**

(1) Não (2) Sim (99) NS/NR

C7a) Uso de fralda

C7b) Uso de Sonda vesical

C7c) Outros

C7d) Nenhuma proteção

**C8) Déficits cognitivos:**

(1) Não (2) Sim

C8a) Nível alterado de consciência

C8b) Sedação

C8c) Doença de Alzheimer ou outras demências

C8d) Depressão

**C9) Limitação Física:**

(1) Não (2) Sim

C9a) O idoso deita, levanta, senta e deambula com autonomia própria.

C9b) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de instrumento de apoio.

C9c) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de uma pessoa.

C9d) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de duas pessoas.

C9e) O idoso levanta e senta com ajuda, mas não deambula.

C9f) O idoso é colocado sentado ou transferido de local sendo carregado.

C9g) Não sai da cama (acamado).

**SEÇÃO D. Medicações utilizadas:**

D1) Corticosteróides: (1) Não (2) Sim

D2) Antimicrobianos: (1) Não (2) Sim

D3) Anti-hipertensivos: (1) Não (2) Sim

D4) Analgésicos: (1) Não (2) Sim

D5) Antidepressivos / Ansiolíticos: (1) Não (2) Sim

D6) Anti-histamínicos: (1) Não (2) Sim

D7) Quimioterápicos oncológicos: (1) Não (2) Sim

D8) Antiagregante plaquetário: (1) Não (2) Sim

D9) Antiácido: (1) Não (2) Sim

D10) Hipoglicemiente: (1) Não (2) Sim

D11) Diuréticos: (1) Não (2) Sim

D12) Outros: _____
Da) Total de medicações utilizadas: _____
<b>SEÇÃO E. Portador de UPP:</b>
(1) Não    (2) Sim
E1) Quantas UP: _____ (Se nenhuma colocar “0”)
E2) Tratamento utilizado: _____ (99) NS/NR
<b>E3) Caracterização das UP: (Se nenhuma colocar “0”)</b>
<b>(L) Localização:</b>
UP 1 ( ) UP 2 ( )      UP 3 ( )      UP 4 ( )
1- Occipital    2- Escapular direita    3- Escapular esquerda    4- Dorsal 5- Cotovelo direito    6- Cotovelo esquerdo    7- Sacral    8- Isquiática direita 9- Isquiática esquerda    10- Trocanter direito    11- Trocanter esquerdo 12- Joelho direito    13- Joelho esquerdo    14- Maléolo direito 15- Maléolo esquerdo    16- Calcâneo direito    17- Calcâneo esquerdo 18- Pavilhão auditivo direito    19- Pavilhão auditivo esquerdo 20- Margem lateral do pé direito    21- Margem lateral do pé esquerdo 22- Outro: _____
<b>(C) Classificação (NPUAP):</b>
UP 1 ( )      UP 2 ( )      UP 3 ( )      UP 4 ( )
1- Suspeita de lesão tissular profunda    2- Estágio I    3- Estágio II    4- Estágio III 5- Estágio IV    6- UPP que não podem ser classificadas
<b>(M) Mensuração:</b>
UP 1: largura x comprimento = _____ cm <sup>2</sup> Profundidade: _____ cm
UP 2: largura x comprimento = _____ cm <sup>2</sup> Profundidade: _____ cm
UP 3: largura x comprimento = _____ cm <sup>2</sup> Profundidade: _____ cm
UP 4: largura x comprimento = _____ cm <sup>2</sup> Profundidade: _____ cm
<b>E3) Já teve UPP anteriormente?</b>
(1) Não    (2) Sim      (99) NS/NR
E3a) Há quanto tempo atrás? _____ (99) NS/NR

E3b) Onde era a localização? _____ (99) NS/NR
E3c) Qual o tempo de cicatrização? ____ dias; ____ meses; ____ anos (99) NS/NR
E3d) Qual o tratamento utilizado? _____ (99) NS/NR
<b>SEÇÃO F. Cuidados realizados:</b>
<b>F1) Possui:</b>
(1) Cuidador Individual (2) Cuidador da Instituição
<b>F2) Dependente para mudança de decúbito:</b>
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR
F2a) De quanto em quanto tempo: _____ horas (Se nenhum colocar “0”)
<b>F3) Uso de travesseiros, almofadas ou similares nas proeminências ósseas:</b>
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR
<b>F4) Ingestão frequente de líquido:</b>
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR
<b>F5) Procura manter os lençóis da cama bem esticados:</b>
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR
<b>F6) Os lençóis estão limpos e livres de resíduos de alimentos?</b>
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR
<b>F7) Cuidados com a pele:</b>
(1) Nenhum (2) Usa hidratantes (3) Usa Óleos (4) Usa pomadas (5) Outros: _____

**Fonte:** Instrumento desenvolvido pela pesquisadora.

**APÊNDICE IV**  
**INSTRUMENTO DE REGISTRO DAS REAVALIAÇÕES**

Nº	Nome	Data	UPP	Localiz	Classif	Mensur	Observação

**(L) Localização:** 1- Occipital 2- Escapular direita 3- Escapular esquerda 4- Dorsal 5- Cotovelo direito 6- Cotovelo esquerdo 7- Sacral 8- Isquiática direita 9- Isquiática esquerda 10- Trocanter direito 11- Trocanter esquerdo 12- Joelho direito 13- Joelho esquerdo 14- Maléolo direito 15- Maléolo esquerdo 16- Calcâneo direito 17- Calcâneo esquerdo 18- Pavilhão auditivo direito 19- Pavilhão auditivo Esq. 20- Margem lateral do pé direito 21- Margem lateral do pé esquerdo 22- Outros: \_\_\_\_\_

**(C) Classificação (NPUAP):** UP 1 ( )      UP 2 ( )      UP 3 ( )      UP 4 ( )

1- Suspeita de lesão tissular profunda    2- Estágio I    3- Estágio II    4- Estágio III  
 5- Estágio IV    6- UPP que não podem ser classificadas

**(M) Mensuração:**

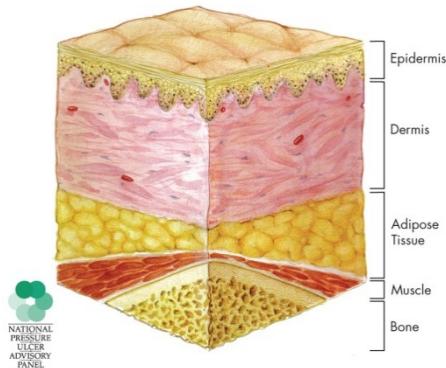
UP 1: largura x comprimento = \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>    Profundidade: \_\_\_\_\_ cm



## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO DOS ESTÁGIOS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO**  
**DA NPUAP**

**Figura 3 – Camadas da pele**



Fonte: NPUAP, 2009

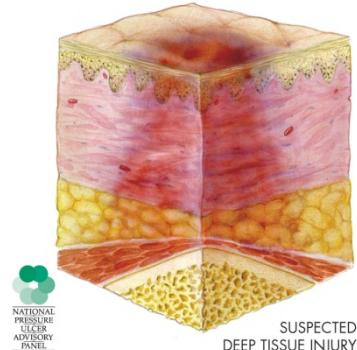
### **Estágios das Úlceras por Pressão**

– Suspeita de lesão tissular profunda:

Caracterizada por uma área delimitada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devida a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área circunvizinha pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente (Figura 2).

○ Descrição adicional:

Lesão tissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. A sua evolução pode incluir uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara. O desenvolvimento pode ser rápido com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com tratamento adequado.

**Figura 4 – Suspeita de lesão tissular profunda**

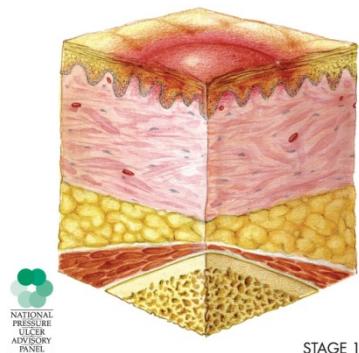
Fonte: NPUAP, 2009

– Estágio I:

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, mesmo com alívio da pressão, ocorre geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível, a cor pode diferir da pele ao redor (Figura 3).

○ Descrição adicional:

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. Pode indicar pessoas “em risco” (um sinal precursor de risco).

**Figura 5 – Úlcera por Pressão em Estágio I**

Fonte: NPUAP, 2009

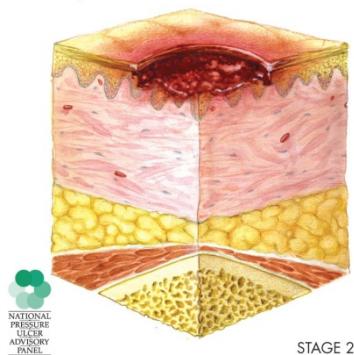
– Estágio II:

Perda parcial da derme. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou rompida (Figura 4).

- Descrição adicional:

Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxemento (aspecto de equimose)\*. Este estágio não deve ser usado para descrever *skin tears*, abrasões da pele por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.

**Figura 6 – Úlcera por Pressão em Estágio II**



Fonte: NPUAP, 2009

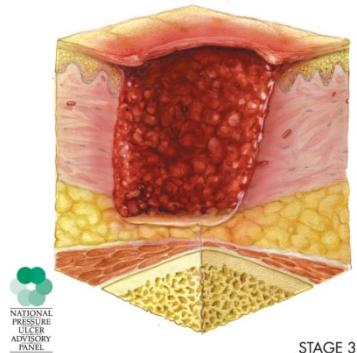
– Estágio III:

Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis (Figura 4).

- Descrição adicional:

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 subcutâneo 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.

\* O aspecto de equimose indica suspeita de lesão tissular profunda.

**Figura 7 – Úlcera por pressão em Estágio III**

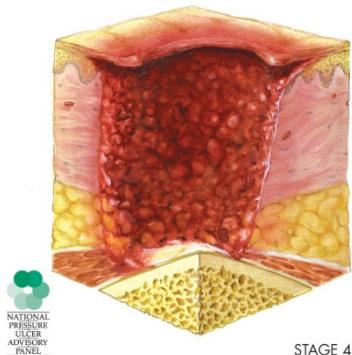
Fonte: NPUAP, 2009

– Estágio IV:

Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis (Figura 6).

○ Descrição adicional:

A profundidade da úlcera por pressão em estágio IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo 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.

**Figura 8 – Úlcera por Pressão em Estágio IV**

Fonte: NPUAP, 2009

– Úlceras que não podem ser classificadas:

Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão (Figura 7).

- Descrição adicional:

A verdadeira profundidade e, portanto, o estágio da úlcera não pode ser determinado até que o esfacelo e/ou escara sejam suficientemente removidos para expor a base da úlcera. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida (NPUAP, 2007).

**Figura 9** – Úlcera por Pressão que não pode ser classificada



Fonte: NPUAP, 2009

**ANEXO II  
CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**C E R T I D Ã O**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 12ª Reunião realizada no dia 11/12/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM JOÃO PESSOA” da Pesquisadora Mirian Alves da Silva. Prot. nº 0468/12, CAAE: 02043712.4.0000.5188.

Igualmente, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

*Andrea M. L. Lima*  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB

### 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 greme, não se segura a nada, não se esquia) 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 o 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 ao 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 1 ou 2 extremidades	<b>4- Nenhuma limitação:</b> Responde ao 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 é exposta à umidade	<b>1- Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2- Muito molhada:</b> A pele está freqüentemente, 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> A 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 cadeira	<b>4- Anda freqüentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 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 freqüentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente Limitado:</b> Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e freqüentes 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. Ingeriu pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocassionalmente aceitará 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. Ocassionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará 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 uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocassionalmente 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 com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura 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 o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas freqüentemente 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	

**ANEXO IV**  
**ESCALA DE KATZ**

<b>I1. BANHO</b>
(1) I: não recebe assistência
(2) A: assistência para uma parte do corpo
(3) D: não toma banho sozinho
<b>I2. VESTUÁRIO</b>
(1) I: veste-se sem assistência
(2) A: assistência para amarrar sapatos
(3) D: assistência para vestir-se
<b>I3. HIGIENE PESSOAL</b>
(1) I: vai ao banheiro sem assistência
(2) A: recebe assistência para ir ao banheiro
(3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
<b>I4. TRANSFERÊNCIA</b>
(1) I: deita, levanta e senta sem assistência
(2) A: deita, levanta e senta com assistência
(3) D: não levanta da cama
<b>I5. CONTINÊNCIA</b>
(1) I: controle esfíncteriano completo
(2) A: acidentes ocasionais
(3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente
<b>I6. ALIMENTAÇÃO</b>
(1) I: sem assistência
(2) A: assistência para cortar carne/manteiga no pão
(3) D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV

\*Fonte: KATZ *et al.*, (1963) adaptação transcultural de LINO *et al.*, (2008).

**Abreviações:** **I** – Independência; **A** – Dependência parcial; **D** – Dependência total

**Interpretação (Katz & Akpom):**

- (0) independente em todas as seis funções;
- (1) independente em cinco funções e dependente em uma função;
- (2) independente em quatro funções e dependente em duas;
- (3) independente em três funções e dependente em três;
- (4) independente em duas e dependente em quatro;
- (5) independente em uma função e dependente em cinco funções;
- (6) dependente em todas as seis funções

## ANEXO V

### MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL



#### Mini Avaliação Nutricional MNA®

Sobrenome:	Primeiro Nome:	Sexo:	Data:
Idade:	Peso (kg):	Altura (cm):	Número de Identificação:

Completar a avaliação preenchendo as caixas com os números apropriados.  
Somar os números para a avaliação. Se o escore for 11 ou menos, continuar com a avaliação para obter um Escore do Indicador de Desnutrição.

Controle			
<p>A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição?</p> <p>0 = perda de apetite severa 1 = perda de apetite moderada 2 = nenhuma perda de apetite</p> <input type="checkbox"/>		<p>J Quantas refeições completas o paciente faz diariamente?</p> <p>0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições</p> <input type="checkbox"/>	
<p>B Perda de peso nos últimos 3 meses</p> <p>0 = perda de peso superior a 3 kg (6,6 libras) 1 = não sabe 2 = perda de peso entre 1 e 3 kg (2,2 e 6,6 libras) 3 = nenhuma perda de peso</p> <input type="checkbox"/>		<p>K Selecionar os marcadores de consumo para ingestão de proteínas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelo menos uma porção de produtos lácteos (leite, queijo, iogurte por dia) sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></li> <li>• Duas ou mais porções de leguminosas ou ovos por semana sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></li> <li>• Carne, peixe ou frango todo dia sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>0,0 = se 0 ou 1 sim 0,5 = se 2 sim 1,0 = se 3 sim</p> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
<p>C Mobilidade</p> <p>0 = preso à cama ou à cadeira 1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai 2 = sai</p> <input type="checkbox"/>		<p>L Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?</p> <p>0 = não      1 = sim</p> <input type="checkbox"/>	
<p>D Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses</p> <p>0 = sim      2 = não</p> <input type="checkbox"/>		<p>M Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia?</p> <p>0,0 = menos de 3 xícaras 0,5 = 3 a 5 xícaras 1,0 = mais de 5 xícaras</p> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
<p>E Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demência severa ou depressão 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos</p> <input type="checkbox"/>		<p>N Modo de se alimentação</p> <p>0 = não consegue se alimentar sem ajuda 1 = alimenta-se com alguma dificuldade 2 = alimenta-se sem problemas</p> <input type="checkbox"/>	
<p>F Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em kg) (altura em m)</p> <p>0 = IMC menor do que 19 1 = IMC 19 até menos do que 21 2 = IMC 21 até menos do que 23 3 = IMC 23 ou maior</p> <input type="checkbox"/>		<p>O Ponto de vista pessoal da condição nutricional</p> <p>0 = vê-se desnutrido 1 = não tem certeza de sua condição nutricional 2 = vê-se sem problemas nutricionais</p> <input type="checkbox"/>	
Escore de controle (subtotal máximo 14 pontos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>12 pontos ou mais      Normal - fora de risco - não precisa de avaliação completa</p>			
<p>11 pontos ou menos      Possível desnutrição - continuar a avaliação</p>			
Avaliação			
<p>G Vive independentemente (não em uma clínica ou hospital)</p> <p>0 = não      1 = sim</p> <input type="checkbox"/>		<p>Q Circunferência braquial (CB) em cm</p> <p>0,0 = CB menor do que 21 0,5 = CB 21 a 22 1,0 = CB 22 ou maior</p> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
<p>H Toma mais de 3 medicamentos receitados por dia</p> <p>0 = sim      1 = não</p> <input type="checkbox"/>		<p>R Circunferência da panturrilha (CP) em cm</p> <p>0 = CP menor do que 31      1 = CP 31 ou maior</p> <input type="checkbox"/>	
<p>I Escaras ou úlceras cutâneas</p> <p>0 = sim      1 = não</p> <input type="checkbox"/>		<p>Avaliação (máximo 16 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/></p>	
		<p>Escore do controle</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/></p>	
		<p>Avaliação total (máximo 30 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/></p>	
Escore do Indicador de Desnutrição			
<p>de 17 a 23,5 pontos</p>		<p>Risco de desnutrição</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Menos de 17 pontos</p>		<p>Desnutrição</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

Ref.: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA®- Its History and Challenges. J. Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice Developing the Short Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006;10:466-487.  
 ©Nestlé, 1994. Revisão 2006. N67200 12/99 10M  
 Para mais informações: www.mna-elderly.com