

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

ELIZABETH SOUZA SILVA DE AGUIAR

**RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS COM DECLÍNIO
FUNCIONAL DE MOBILIDADE FÍSICA DOMICILIADOS
EM JOÃO PESSOA – PB**

**JOÃO PESSOA - PB
2011**

ELIZABETH SOUZA SILVA DE AGUIAR

**RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS COM DECLÍNIO
FUNCIONAL DE MOBILIDADE FÍSICA DOMICILIADOS
EM JOÃO PESSOA – PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área Enfermagem em Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

**JOÃO PESSOA - PB
2011**

A282r *Aguiar, Elizabeth Souza Silva de.*
Risco de úlcera por pressão em idosos com
declínio funcional de mobilidade física domiciliados
em João
Pessoa-PB / Elizabeth Souza Silva de Aguiar.--
João Pessoa, 2011.
94f.
Orientadora: Maria Júlia Guimarães Oliveira
Soares
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Úlcera por pressão. 3.
Idosos –
fatores de risco. 4. Pessoas com limitação física –
fatores de risco. 5. Capacidade funcional.

UFPB/BC
083(043)

CDU: 616-

ELIZABETH SOUZA SILVA DE AGUIAR

**RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS COM DECLÍNIO
FUNCIONAL DE MOBILIDADE FÍSICA DOMICILIADOS
EM JOÃO PESSOA – PB**

Aprovada em ____/____/____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
(Presidente)

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Larcher Caliri
(Membro Efetivo - USP)

Prof.^a Dr.^a Simone Helena dos Santos Oliveira
(Membro Suplente - UFPB)

Prof.^a Dr.^a Marta Mirian Lopes Costa
(Membro Efetivo - UFPB)

(Membro Suplente)

JOÃO PESSOA - PB
2011

*Às pessoas idosas que
apresentam limitação física e a
seus cuidadores que se doam
no cuidar, com amor, dedico.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Jesus Cristo** por acompanhar minha caminhada e se fazer presente em minha vida, desde a fecundação no ventre de minha mãe. Obrigada, Pai Eterno, Te louvo e glorifico Teu nome!

A **Nossa Senhora**, Mãe Rainha, por me proteger e interceder no meu cotidiano;

Votos de gratidão a minha amada família, filhos e esposo, que representam meu aconchego e refúgio;

Ao meu esposo **Renato**, pelo incentivo e apoio constante para a conquista e o enfrentamento do Mestrado;

Em especial, agradeço aos meus “ajudantes”, **Maria Vitória e Renato Filho**, responsáveis por me levantar das quedas e por serem as pessoas que acompanharam intimamente, desde a concepção de vida, minha luta de busca pelo Mestrado e a jornada durante esse processo, e de quem roubei tanto tempo para me dedicar aos estudos;

À babá das crianças, **Alexssandra**, pelo empenho em me ajudar no cuidado de meus filhos;

Aos **meus pais e ao meu irmão**, pelo carinho e pela torcida;

À **minha sogra**, pelo auxílio nas horas necessárias;

Na vida, muitas pessoas passam em nosso caminho, mas tem algumas que são enviadas por Deus e ficam marcadas como parte de nosso ser.

Agradeço a minha querida orientadora, a **professora Maria Júlia**, pela acolhida quando cheguei com a “cara e a coragem”, sem conhecer ninguém na universidade, para me engajar nas pesquisas desenvolvidas pelo GEPEFE (Grupo de Estudos e Pesquisa no Tratamento de Feridas), sendo a partir de então iniciados nossos trabalhos de pesquisa. Essa minha orientadora é uma figura guerreira e mãezona. Muito obrigada!

Minha gratidão a **Maria das Neves**, amiga e colega do Curso de Estomaterapia, pessoa que tanto me ajudou no amadurecimento profissional. Deus te ilumine sempre!

Gratidão também ao **eterno G7**, formado por mim, Ana Cláudia, Adriana, Annelissa, Débora, Lara e Lívia, o qual foi batizado assim quando ingressamos no Mestrado;

Também não posso deixar de agradecer **às pessoas idosas e seus cuidadores**, que nos receberam fraternalmente durante a coleta, mesmo quando estávamos invadindo seus espaços e alterando sua rotina. Saúde para vocês!

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para essa conquista, que faz parte de um Sonho “tão sonhado” desde o Curso de Graduação, e que, na época, era algo tão distante, mas graças ao direcionamento de Deus e às pessoas ao meu redor, esse sonho hoje se faz presente. O B R I G A D A !

RESUMO

AGUIAR, ELIZABETH SOUZA SILVA DE. **Risco de Úlcera por Pressão em Idosos com Declínio Funcional de Mobilidade Física Domiciliados em João Pessoa – PB.** 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

Introdução: As pessoas idosas são mais susceptíveis ao desenvolvimento de UPP em virtude das alterações que ocorrem com o envelhecimento, sobretudo na pele. A incidência e prevalência dessas lesões aumentam com a idade, principalmente acima de 85 anos. Nos últimos tempos tem sido possível identificar grupos em risco para UPP a partir da aplicação de inúmeros instrumentos de avaliação empregados com a finalidade de diagnosticar o grau de risco para desenvolvimento de lesões de pele. **Objetivos:** Avaliar os fatores de risco para úlcera por pressão em idosos com limitação física, domiciliados no município de João Pessoa – PB; descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos idosos; Avaliar a capacidade funcional dos idosos; Identificar o escore de risco para úlcera por pressão; Relacionar o nível de independência funcional segundo a faixa etária, limitação física, e estado mental; Relacionar os escores de risco de úlcera por pressão da Escala de Braden segundo as variáveis sócio-demográficas, clínicas, limitação física, estado mental nível de independência funcional e história de UPP prévia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa transversal e observacional, de natureza quantitativa, desenvolvida por meio de inquérito domiciliar, no município de João Pessoa-PB, a qual partiu de um processo amostral por conglomerados de duplo estágio. Obteve-se uma amostra de 51 pessoas com 60 anos ou mais que apresentavam alguma limitação física. Para a análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas, sendo empregadas técnicas de estatística inferencial. **Resultados:** Identificou-se 25 idosos (49%) com risco para UPP; sendo a maioria com déficit cognitivo e elevados níveis de dependência para as atividades de vida diárias; uma prevalência de UPP de 7,8%; percebeu-se que diversos fatores agiram sinergicamente para o risco da lesão no idoso: desde o próprio envelhecimento biológico, aspectos sociais e econômicos, condições clínicas (que envolvem comportamentos, doença de base, estado mental, medicação), nível de atividade e mobilidade física, dependência funcional para o autocuidado, educação para o cuidado preventivo, e história de UPP anterior. **Conclusão:** Espera-se com este estudo contribuir com as políticas públicas, de modo a sensibilizar os gestores para essa problemática, e preparar nossos profissionais para atuarem na avaliação da capacidade funcional dos idosos e na inclusão de escala de avaliação de risco para UPP, a exemplo da Escala de Braden, como parte das estratégias preventivas para ocorrência dessas lesões de pele no domicílio.

Palavras-chave: Idoso. Úlcera por Pressão. Fatores de Risco. Pessoas com Limitação Física. Capacidade Funcional.

ABSTRACT

AGUIAR, ELIZABETH SOUZA SILVA DE. **Risco de Úlcera por Pressão em Idosos com Declínio Funcional de Mobilidade Física Domiciliados em João Pessoa – PB.** 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

Introduction: The elderly are more susceptible to developing UPP due to changes that occur with aging, especially in the skin. The incidence and prevalence of these lesions increases with age, especially over 85 years. Being able to identify groups at risk for UPP from the application of many assessment tools used in order to diagnose the degree of risk for developing skin lesions. **Objectives:** Assess the risk factors for pressure ulcers in elderly people with physical limitations, living in the city of João Pessoa - PB, to describe the socio-demographic and clinical characteristics of elderly; evaluate the functional capacity of the elderly; Identify the risk score for pressure ulcers; Relate the level of functional independence according to age, physical limitations, and mental state; Relate the risk scores of the pressure ulcer according to the Braden scale socio-demographic, clinical, physical limitations, mental state level functional independence and history of previous UPP. **Methodology:** This is an observational cross-sectional survey, quantitative, developed through a household survey, the city of João Pessoa. Based on a sampling process by clusters of dual-stage, obtaining a sample of 51 people aged 60 years or older who had some physical limitation. To analyze the data distributions were obtained absolute percentage and bivariate and inferential statistical techniques. **Results:** We identified 25 elderly (49%) at risk for UPP, mostly with cognitive deficits and high levels of dependency for activities of daily living, prevalence of UPP 7.8%, several factors have acted to the risk of injury elderly, since the aging of biological, social and economic aspects, clinical conditions (involving behaviors, underlying disease, mental state, medication), activity level and physical mobility, functional dependency to self-care, education for preventive care, and previous history of UPP. **Conclusion:** It is expected from this study contribute to public policy in order to sensitize managers to the issue, and prepare our professionals to work in assessing the functional capacity of older people and adding scale for risk assessment as part of the UPP preventive strategies for the occurrence of these skin lesions at home.

Key-words: Elderly. Pressure ulcers. Risk Factors. People with physical limitations. Functional Capacity.

RESUMÉN

AGUIAR, ELIZABETH SOUZA SILVA DE. **Risco de Úlcera por Pressão em Idosos com Declínio Funcional de Mobilidade Física Domiciliados em João Pessoa – PB.** 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

Introducción: Los ancianos son más susceptibles a la UPP en desarrollo debido a los cambios que ocurren con el envejecimiento, especialmente en la piel. La incidencia y prevalencia de estas lesiones aumenta con la edad, especialmente mayores de 85 años. Ser capaz de identificar los grupos en riesgo de UPP de la aplicación de herramientas de evaluación de muchos utilizan para diagnosticar el grado de riesgo de desarrollar lesiones en la piel. **Objetivos:** evaluar los factores de riesgo de úlceras por presión en las personas mayores con limitaciones físicas, que viven en la ciudad de João Pessoa - PB, para describir las características socio-demográficas y clínicas de ancianos, evaluar la capacidad funcional de los ancianos; Identificar la puntuación de riesgo para la úlcera presión, relacionan el nivel de independencia funcional de acuerdo a la edad, limitaciones físicas, y el estado mental; Relacionar las calificaciones de riesgo de las úlceras por presión según la escala de Braden socio-demográficos, limitaciones clínicas, físicas, el nivel de estado mental de la independencia funcionales y la historia previa de UPP. **Metodología:** Se trata de un estudio observacional transversal de la encuesta, cuantitativo, desarrollado a través de una encuesta de hogares, la ciudad de João Pessoa. Sobre la base de un proceso de muestreo por conglomerados de dos etapas, la obtención de una muestra de 51 personas de 60 años o más que habían alguna limitación física. Para analizar la distribución de los datos se obtuvieron absoluta porcentaje uni y bivariado y las técnicas estadísticas inferenciales. **Resultados:** Se identificaron 25 ancianos (49%) con riesgo de UPP, en su mayoría con deficiencias cognitivas y los altos niveles de dependencia para las actividades de la vida diaria; una prevalencia de UPP de 7,8%; varios factores han actuado para el riesgo de lesiones in ancianos, ya que los aspectos del envejecimiento biológicos, sociales y económicos, las condiciones clínicas (que incluye comportamientos, enfermedad de base, el estado mental, medicamentos), el nivel de actividad y la movilidad física, la dependencia funcional para el auto-cuidado, la educación para la atención preventiva, y historia previa de UPP. **Conclusión:** Se espera de este estudio contribuyen a las políticas públicas con el fin de sensibilizar a los gerentes de la cuestión, y preparar a nuestros profesionales para trabajar en la evaluación de la capacidad funcional de las personas mayores y la adición de la escala de evaluación de riesgos de la UPP como parte de estrategias de prevención de la aparición de estas lesiones en la piel en casa.

Palabras clave: Anciano. Úlcera por Presión. Factores de Riesgo. Personas com Limitaciones Físicas. Capacidad Funcional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UPP: Úlcera por Pressão

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel

AVD: Atividades de Vida Diária

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

EIAVD: Escala de Independência em Atividades da Vida Diária

MEEM: Mini Exame do Estado Mental

AHCPR: Agency for Health Care Policy and Research

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

PROCAD: Programa Nacional de Cooperação Acadêmica

UFPB: Universidade Federal da Paraíba

EERP/USP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

NUPEGG: Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DM: Diabetes mellitus

AVE: Acidente vascular encefálico

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Esquema conceitual de fatores de risco para o desenvolvimento de UPP.....	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos idosos segundo os dados sociodemográficos.....	49
Tabela 2: Avaliação dos problemas de saúde apresentados pelos idosos segundo a faixa etária.....	52
Tabela 3: Distribuição dos idosos segundo tipos de medicamentos em uso.....	53
Tabela 4: Variáveis Limitação Física, Estado Cognitivo e Índice de Independência Funcional para AVD, segundo a Faixa Etária.....	54
Tabela 5: Avaliação da Limitação Física e Estado Cognitivo segundo o Índice de Katz.....	55
Tabela 6: Escores de risco para UPP da Escala de Braden, segundo a faixa etária.....	56
Tabela 7: Distribuição em frequências das subescalas de Braden.....	57
Tabela 8: Associação da limitação física, estado cognitivo e independência funcional segundo os escores da Escala de Braden.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 Envelhecimento e Úlcera por Pressão.....	23
3.2 Envelhecimento, Capacidade Funcional e Estado Cognitivo.....	27
3.3 Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão.....	30
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	40
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	41
4.2 Local da Pesquisa.....	41
4.3 População e Amostra.....	41
4.3.1 Tamanho e frações amostrais.....	42
4.4 Critérios de Inclusão.....	43
4.5 Procedimentos para a Coleta de Dados.....	43
4.6 Instrumentos de Coleta de Dados.....	43
4.6.1 Instrumentos da primeira etapa.....	44
4.6.2 Instrumentos da segunda etapa.....	45
4.7 Análise dos Dados.....	46
4.8 Aspectos Éticos.....	47
5 RESULTADOS.....	48
5.1 Aspectos Sócio-Demográficos dos Idosos Pesquisados.....	49
5.2 Condições Clínicas dos Idosos Pesquisados.....	51
5.3 Avaliação da Limitação Física, Estado Cognitivo e Independência Funcional para Atividades de Vida Diárias dos Idosos.....	54
5.4 Risco de Úlcera por Pressão pela Escala de Braden.....	56
5.5 Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos com Limitação Física e o Risco de Úlcera por Pressão.....	59

6 DISCUSSÃO.....	61
7 CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A: Encaminhamento do Idoso para avaliar o risco de Úlcera por Pressão.....	80
APÊNDICE B: Instrumento de avaliação do portador de Úlcera por Pressão.....	81
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
APÊNDICE D: Fotografias da coleta de dados realizada entre abril e junho de 2011, no município de João Pessoa-PB.....	84
ANEXOS.....	85
ANEXO A: Informações Pessoais; Perfil do Idoso e Problemas de Saúde.....	86
ANEXO B: Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	90
ANEXO C: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária.....	92
ANEXO D: Escala de Braden.....	93
ANEXO E: Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	94

1 INTRODUÇÃO

O Brasil e o mundo vivenciam uma época de transição demográfica, com o progressivo aumento da população de idosos, isso representa um processo influenciado pela diminuição da mortalidade e da fecundidade, que associados ao prolongamento da expectativa de vida, levam ao envelhecimento populacional (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). Concomitante à transição demográfica atual, transforma-se o perfil epidemiológico da população e aumentam-se as doenças crônico-degenerativas e as limitações funcionais que, muitas vezes, comprometem a autonomia do idoso, exigindo cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Papaléo Neto (2007) conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Assim sendo, a demanda por cuidados apenas surge a partir das várias alterações fisiológicas que ocorrem com a senescência, comumente associadas às condições mórbidas. Nesse processo, a diminuição progressiva na capacidade funcional é a principal alteração encontrada e pode levar à chamada incapacidade funcional.

Segundo alguns autores (ROSA *et al.*, 2003; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), a incapacidade funcional está relacionada à inabilidade ou dificuldade de a pessoa realizar tarefas físicas básicas ou mais complexas necessárias à vida independente na comunidade, assim como tarefas relacionadas à mobilidade.

No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente, no qual se vislumbra um “jovem país de cabelos brancos”, conforme expresso por Veras (2009, GRIFO DO AUTOR). De acordo com o censo populacional de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a presença de pessoas com 65 anos ou mais, que era de 4,8%, em 1991, e passou para 5,9%, em 2000, e chegou a 7,4% em 2010, representa a participação significativa do grupo de idosos na sociedade brasileira (IBGE, 2010).

Assim, a tendência atual é de evidenciarmos um número crescente de idosos que, apesar de viverem mais anos, experimentam também um maior número de condições crônicas, que tendem a se manifestar de forma mais expressiva, nessa fase, e a comprometer a qualidade de vida dos idosos. Logo, em curto e longo prazos, o aumento das doenças crônicas leva o idoso a um estado de maior vulnerabilidade e risco de declínio funcional, quedas, hospitalizações e morte (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Destarte, Souza e Santos (2006) acrescentam que se a capacidade funcional não está preservada para as atividades de vida diária, deficiências de mobilidade, de percepção sensorial, controle esfinteriano e deterioração do estado nutricional, concorrem para tornar os idosos suscetíveis a complicações, como a formação de úlcera por pressão (UPP), foco deste estudo. Somem-se a isso inúmeros fatores contributivos, como distúrbios neurológicos e mentais, alterações estruturais nessa fase, como perda de massa muscular, diminuição de albumina sérica e declínio da resposta inflamatória com redução da coesão entre a derme e a epiderme (BRYANT *et. al.*, 2000).

Portanto, as pessoas idosas, especialmente aquelas em declínio funcional de mobilidade física, representam um grupo de risco para o desenvolvimento de UPP, razão por que é importante detectar precocemente os indivíduos vulneráveis a esta condição, tendo em vista que pesquisas apontam elevadas taxas na morbidade e mortalidade dos portadores de UPP (ROGENSKI; SANTOS, 2005; FERNANDES; CALIRI, HAAS, 2008; FERNANDES; CALIRI, 2008).

A UPP 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 e/ou cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes ou de confusão podem também estar associados às UPP. Porém seu significado ainda deve ser elucidado (EPUAP; NPUAP, 2009). Na gênese da UPP, alguns deles podem estar associados a aspectos como idade avançada, estado nutricional deficitário, pressão arteriolar, temperatura corporal, patologias associadas à mobilidade reduzida, obesidade e incontinência urinária e fecal (DEALEY, 2008).

Quando se trata do sistema tegumentar, é preciso considerar também que, na senescência, a pele apresenta déficit na produção de células epiteliais, o que causa um desgaste de 20 a 30% na espessura da epiderme, com a diminuição do número, tamanho e secreção das glândulas sudoríparas, além do escasso tecido de sustentação. A derme se desidrata, perde sua rigidez e elasticidade, assim como ocorre redução na vascularização. Esses fatores, combinados, tornam a pele menos elástica e mais friável, aumentando as chances de lesões dermatológicas, principalmente, do paciente que se encontra acamado (FREITAS *et. al.*, 2002).

Alguns trabalhos internacionais dos EUA, do Canadá e de países da Europa revelam índices de prevalência sobre UPP, que variam, segundo o método empregado, desde 6,4 a 25%, em hospitais, 9%, em Instituições de Longa

Permanência para Idosos (ILPI), e 25%, em unidades de reabilitação (HUNTER *et al.*, 1992; SCHUE; LANGEMO, 1998; HOPKINS *et al.*, 2000; EPUAP, 2002; BERMARK *et al.*, 2010; THEIN *et al.*, 2010; TAKAHASHI, 2011). Neste sentido, Ayello (2007) aponta, em seu levantamento, uma prevalência que varia de 10 a 17%, em cuidados agudos, 0 a 29%, em assistência domiciliar, e 2,3 a 28%, em instituições de longa permanência. Com uma incidência de 0,4 a 38%, em cuidados agudos, 0 a 17%, em assistência domiciliar, e 2,2 a 23,9%, em instituições de longa permanência.

No Brasil, estudos epidemiológicos também têm avaliado a prevalência e a incidência de UPP, enfocando os diversos cenários como unidades de internação hospitalar, ILPI e domicílios. Em um estudo realizado nas clínicas de um hospital universitário em São Paulo, identificou-se uma prevalência de 11,4%, no primeiro momento, e 10,3%, no segundo, o que corresponde a uma média de 10,9% de UPP (CARDOSO *et al.*, 2010). Outra pesquisa desenvolvida nas Unidades de Terapia Intensiva de 15 hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, encontrou um índice de prevalência de 35,2% (GOMES *et al.*, 2010).

Quanto à ocorrência de UPP entre os idosos, Souza (2005) avaliou uma incidência global de 39,4% em quatro ILPI de três cidades do sul de Minas Gerais; e Chacon *et al.*, (2009) identificaram uma prevalência de 10,95% de UPP entre os idosos residentes em seis ILPIs de São Paulo.

Um estudo realizado na enfermaria geriátrica de um hospital apresentou que 16,7% dos idosos desenvolveram UPP durante a internação (PINTO, 2010). Já pesquisas realizadas nos domicílios de Ribeirão Preto-SP, João Pessoa-PB e Teresina-PI, a partir da atenção primária com pessoas acamadas/ em cadeira de rodas, identificaram uma prevalência de UPP de 19,1%, 10% e 23,52%, respectivamente (CHAYAMATI, 2008; PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2009; BEZERRA, 2010). A maioria dos sujeitos eram pessoas idosas que necessitavam de cuidados contínuos.

As variações nos índices relacionados à ocorrência e/ou presença de UPP devem-se aos diferentes cenários de pesquisa, ao perfil dos sujeitos da amostra, às metodologias e às limitações dos estudos, o que torna difícil comparar conjuntos de dados de diferentes pesquisas.

Assim, a ocorrência dessa “violação” aos tecidos, nas pessoas idosas, desencadeia uma situação que traz sofrimento para a pessoa portadora e impõe

uma sobrecarga física, emocional e socioeconômica sobre o cuidador e os atores envolvidos nesse cuidar - equipe multiprofissional dos diversos serviços de saúde.

O desenvolvimento deste estudo surge frente à necessidade de se conhecer a população idosa em risco para UPP, de modo a despertar nos profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, e no sistema de saúde como um todo um olhar específico sobre esse problema de saúde pública que incide, principalmente, nas pessoas idosas que necessitam de assistência permanente em seus domicílios, que eleva a morbidade e a mortalidade, compromete a qualidade de vida delas e de seus cuidadores e sobrecarrega economicamente os serviços de saúde.

Portanto, identificar os riscos de UPP nessa população é imprescindível para a elaboração de estratégias direcionadas à prevenção, à detecção e ao tratamento precoce. Nesse sentido, é responsabilidade da equipe multiprofissional conhecer as particularidades inerentes aos idosos e ao processo de envelhecimento. Para isso, devem dar uma atenção especial à sua capacidade funcional e envolver a família e/ou cuidador nesse processo, a fim de proporcionar a continuidade dos cuidados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os fatores de risco para úlcera por pressão em idosos com limitação física, domiciliados no município de João Pessoa – PB.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos idosos;
- Avaliar sua capacidade funcional, a partir da limitação física, do estado mental e do nível de independência funcional para as atividades de vida diária;
- Identificar o escore de risco para úlcera por pressão nesses idosos;
- Relacionar o nível de independência funcional com faixa etária, limitação física, e estado mental dos idosos;
- Relacionar os escores de risco de úlcera por pressão da Escala de Braden com as variáveis sociodemográficas, clínicas, limitação física, estado mental, nível de independência funcional e história de UPP prévia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento e Úlcera por Pressão

No Brasil, o rápido crescimento populacional, especialmente em número de idosos, gera impacto significativo em todos os segmentos da sociedade, haja vista que novas mudanças no perfil de morbimortalidade levam o Brasil à chamada transição, tanto demográfica quanto epidemiológica, o que aponta para desafios quanto a uma nova forma de olhar e de cuidar da população idosa (MENDES *et al.*, 2005).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. A maior parte é composta de portadores de doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Nesse contexto, o país fica caracterizado por um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, acompanhado por morbidades crônicas e múltiplas que perduram por anos, exigindo cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Em decorrência do crescente processo de envelhecimento da população mundial, projeções estatísticas apontam que, no Brasil, a população de idosos aumentará 16 vezes, frente ao aumento de cinco vezes da população total. Assim, estima-se que, a partir de 2025, o Brasil se torne o sexto país em população na faixa etária de 60 ou mais anos de vida. Acredita-se que esse fenômeno se justifique pelas melhorias das condições médico-sanitárias ocorridas ao longo dos anos e pela queda nas taxas de fecundidade e de mortalidade (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Alguns países tiveram queda nas taxas de natalidade, como os Estados Unidos, a França e a Inglaterra, onde existe uma tendência a se institucionalizarem os idosos, pois não há familiares adultos em condições de assumir a função de cuidadores. No entanto, no Brasil, devido a questões culturais e econômicas, o idoso permanece no domicílio. Assim, o fato de, geralmente, estar inserido na família gera uma série de compromissos, situações e alterações nas relações afetivas, especialmente quando a pessoa idosa tem certo grau de dependência física ou é portadora de lesões (GOMES; MAGALHÃES, 2008).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, em que ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Aos 20 ou 30 anos, quando atingem um ápice, as pessoas vão desenvolvendo suas capacidades e, a

partir daí, o desempenho funcional vai declinando pouco a pouco, ao longo dos anos, ocorrendo o denominado envelhecimento funcional (PAPALÉO NETO, 2007).

Adicionalmente, vale salientar que a pele do idoso também sofre uma série de alterações resultantes do processo de envelhecimento intrínseco (cronossenescência) e de fatores do meio ambiente, especialmente a radiação ultravioleta (actinossenescência). É o órgão que mais denuncia os sinais de envelhecimento, visto que participa das alterações involutivas que ocorrem nos diversos setores do organismo (SAKANO;YOSHITOME, 2007).

Assim, com o avançar da idade, várias são as mudanças que ocorrem na pele e nas estruturas de suporte, como perda de massa óssea, diminuição do nível sérico de albumina, declínio na resposta inflamatória, perda da elasticidade no tecido e redução da coesão entre epiderme e derme. Com essas mudanças, a habilidade do tecido para distribuir o peso sem comprometer o fluxo sanguíneo é prejudicada (BRYANT *et al.*, 2000). Destarte, a fragilidade do envelhecimento, conforme aqui exposto, associada às condições mórbidas, como as alterações do estado neurológico e mental, do estado nutricional, da mobilidade, da atividade e continência fecal e urinária caracterizam essa população propensa à formação, recidiva e complicações de UPP (SOUZA; SANTOS, 2006).

Portanto, a UPP constitui um sério problema dentro das instituições hospitalares e de longa permanência, bem como no domicílio. Apresenta-se como uma condição que impõe sobrecarga física, emocional e social para o paciente e a família, e concorre para a piora da qualidade de vida e o aumento dos custos para os serviços de saúde, porquanto resulta em maior tempo de hospitalização e eleva o índice de morbidade e mortalidade.

Conceitualmente, tem-se adotado a definição internacional proposta pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP* - e *European Pressure Ulcer Advisory Panel – EPUAP* (2009), como sendo uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção ou cisalhamento.

A incidência e a prevalência da UPP estão relacionadas a diversos aspectos incluindo, idade, tempo e nível da lesão, sexo, raça, estado civil, educação, fatores físicos, nível de atividade e mobilidade, condições de eliminação urinária e fecal, controle de umidade da pele e doenças de base. Assim como o comportamento, o

ambiente físico e o suporte social também interferem na ocorrência da UPP (RABEH; CALIRI; HAAS, 2009).

As UPP ocorrem, frequentemente, em áreas de proeminências ósseas, sendo que os locais de pressão mais comuns para o desenvolvimento da lesão são as regiões sacra, isquiática, trocântica, calcânea, maleolar, occipital, dorso do pé e região patelar. Cerca de 60% das UPP se desenvolvem na região da proeminência sacral e 15% em ísquio, trocânter maior e calcanhares (GOMES; MAGALHÃES, 2008). No entanto, outras áreas do corpo que sofram excesso de pressão, poderão desenvolver UPP.

Quanto ao estadiamento da UPP, o NPUAP as classifica conforme a profundidade de comprometimento tecidual em: suspeita de lesão tissular profunda; estágio I; estágio II; estágio III; estágio IV e as úlceras que não podem ser classificadas (NPUAP, 2007), como descritas a seguir.

A *suspeita de lesão tissular profunda* envolve a identificação de uma área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou de cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. Esse tipo de lesão pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidade escura. A evolução pode incluir uma fina bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara, e sua evolução pode ser rápida, com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com tratamento adequado (NPUAP, 2007). A seguir, descrevemos os estágios conforme classificação adotada pelo NPUAP (2007).

A *UPP em estágio I* é caracterizada por pele intacta, com presença de hiperemia de uma área localizada que não embranquece após ser removida a pressão, geralmente visualizada sobre proeminência óssea. Nesse estágio, em pessoas de pele escura, a cor da UPP pode diferir da pele circundante, não apresentar embranquecimento visível e ser difícil de detectar. A área ainda pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparando-se com os tecidos adjacentes.

No *estágio II*, ocorre a perda parcial da pele envolvendo epiderme e/ou derme. Pode apresentar-se como úlcera superficial brilhante ou seca, com o leito de coloração rosada, sem esfacelo e como uma bolha preenchida com exsudado

seroso, intacta ou aberta, isto é, rompida. A presença de esfacelo ou arroxamento do tecido indicará suspeita de lesão tissular profunda. Esse aspecto não deve ser usado para descrever *skin tears*, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.

No *estágio III*, há perda de pele na sua espessura total, e a gordura subcutânea pode estar visível, *sem* exposição de osso, tendão ou músculo. O esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular; também podem ser incluídos descolamentos e túneis. A profundidade da UP em estágio III varia conforme a localização anatômica.

O *estágio IV* envolve a perda de pele em sua espessura total com destruição extensa, danificando músculos, ossos ou outras estruturas de suporte, como tendões ou articulações. Pode haver esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida e, frequentemente, inclui descolamento e túneis. A profundidade da UPP em estágio IV também varia de acordo com a localização anatômica. A exposição de osso ou tendão é visível ou diretamente palpável (NPUAP, 2007).

As *úlceras que não podem ser classificadas* são lesões com perda total de tecido, em que a base é coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão. A classificação só pode ocorrer após o desbridamento das lesões, para possibilitar a exposição da base da ferida, a fim de identificar a profundidade do dano tecidual. A escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida (NPUAP, 2007).

Para avaliar a UPP, recomenda-se que seja considerado o estado geral do paciente, o que abrange o exame físico e o estado psicossocial. Deve-se incluir também a descrição da lesão, destacando sua localização, mensuração (largura, comprimento e profundidade), a identificação da presença de túneis, fístulas, deslocamentos e lojas, a presença de exsudato (cor, odor, quantidade), de tecido necrótico e evidência de infecção (GOMES; MAGALHÃES, 2008).

3.2 Envelhecimento, Capacidade Funcional e Estado Cognitivo

O comprometimento da capacidade funcional do indivíduo para a realização das atividades de vida diária (AVD), especialmente em pessoas idosas, também contribui como fator de risco para o desenvolvimento das UPP, conforme demonstrado nas pesquisas de Faustino (2008) e de Lisboa (2010).

Entre as mudanças que, virtualmente, ocorrem com o processo de envelhecimento, a incapacidade funcional caracteriza-se como a dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas para uma vida independente na comunidade, dentro da extensão considerada normal para a vida humana, como por exemplo, tarefas relacionadas à mobilidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Assim, avaliar a capacidade funcional, segundo Maciel e Guerra (2007), transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, englobando fatores sociais, físicos e cognitivos que afetam a saúde dos idosos.

Nesse sentido, a mobilidade, que se caracteriza por mudança de decúbito e transferência, o levantar e sentar-se em uma cadeira, o deambular em distâncias determinadas e o curso da marcha, apresenta-se como um componente da função física extremamente importante, haja vista que constitui um pré-requisito para a execução das atividades de vida diária (AVD) e a manutenção da independência, de outra forma seu prejuízo pode gerar dependência e incapacidades (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006).

Segundo Alves, Leite e Machado (2008), a incapacidade funcional do idoso pode ser determinada pelas atividades de vida diária (AVD), pelas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e pela mobilidade física, sendo que esta última poderá levar o indivíduo a uma situação de restrição ao leito ou à cadeira.

Uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho nas AVD é a *Escala de Independência em Atividades da Vida Diária* (EIAVD), ou Escala de Katz, ou ainda Índice de Katz (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Esse instrumento foi desenvolvido para avaliar os resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos, através da mensuração da autonomia dos indivíduos, considerando-se os aspectos físicos para a realização da AVD (LINO *et al.*, 2008).

O Índice de Katz, que foi construído por Sidney Katz e colaboradores, consiste em um instrumento de medida das AVD hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar a independência do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado, composto por seis funções: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (KATZ *et. al.*, 1963).

Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social e, apesar do desenvolvimento de outros, ainda tem sido dos mais utilizados na literatura gerontológica tanto em nível nacional quanto internacional para avaliar a funcionalidade dos idosos nas AVD (LINO *et.al.*, 2008).

Para o processo de validação, o Índice de Katz foi aplicado em 1.001 pacientes em diferentes tipos de instituições, e 96% deles puderam ser classificados pela escala ora proposta. Na ocasião, o estudo abordou pacientes de todas as idades, sendo 90% com mais de 40 anos e 60% idosos, a maioria com mais de uma doença crônica ou suas sequelas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Assim, no ano de 1963, Katz e sua equipe publicaram a escala em um artigo denominado *Studies of Illness in the Aged, The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function* (KATZ *et. al.*, 1963), sendo essa a referência mais citada na bibliografia gerontológica que a utiliza.

Alguns anos mais tarde (1976), Katz e Akpom apresentaram uma versão modificada da escala original, em que a classificação é feita pelo número de funções das quais o indivíduo avaliado é dependente. A classificação em 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 refletia o número de áreas de dependência de forma resumida. Esse tipo de classificação mostrou-se altamente correlacionado com a escala original possivelmente, segundo os autores, pela consistente relação hierárquica das funções já descritas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Lino *et al.*, (2008) realizaram uma adaptação transcultural do Índice de Katz para a língua portuguesa, em nosso país. Para tanto, utilizaram a estratégia de Herdman e colaboradores, que recomendam, além da retradução, a análise de seis tipos de equivalências em ambas as culturas, a saber: *conceitual, itens, semântica, operacional, medida, funcional*. Nesse caso, o instrumento deverá medir igualmente o conceito nas duas culturas, os resultados encontrados devem ser comparáveis e a partir de então, estabelecida a adaptação transcultural da nova versão (LINO *et al.*, 2008).

A equivalência operacional foi avaliada em um estudo piloto, em que se testaram a confiabilidade e a consistência interna da versão adaptada por meio de reteste em 156 pacientes. Concluiu-se que a versão em português da Escala de Katz de independência em atividades da vida diária, completamente desenvolvida e testada, provou ser equivalente à original em inglês. Os itens apresentaram consistência interna, e as taxa foram confiáveis (LINO *et al.*, 2008).

Nessa escala adaptada, foi mantida a pontuação proposta por Katz e Akpom em 1976, que é classificada de acordo com os diferentes graus de independência funcional para cada função, e os índices foram medidos de 0 a 6: 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 funções e dependente em quatro; 5 - independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 - dependente em todas as seis funções. Vale salientar que, a independência significa que a função é realizada sem supervisão (LINO *et al.*, 2008).

Dada a importância de utilizar instrumentos adaptados para nossa cultura, optamos por aplicar neste estudo a adaptação transcultural do Índice de Katz proposta por Lino *et al.*, (2008) (ANEXO C).

Ainda em relação à abordagem da capacidade funcional dos idosos, não se poderia deixar de mencionar o estado cognitivo, uma vez que os déficits de memória e de outras funções cognitivas acarretam deterioração na capacidade funcional e tornam o indivíduo progressivamente incapaz de desempenhar as AVD e a depender de um cuidador, como no caso das demências. Dessa forma, a capacidade funcional tem sido um dos grandes componentes da saúde do idoso e considerada fundamental na avaliação da saúde dessa população, principalmente daqueles com doenças incapacitantes (TALMELLI *et al.*, 2010).

Assim, tendo em vista essa inter-relação do estado cognitivo com a capacidade funcional, é imperativo avaliar também a função cognitiva do idoso, a fim de rastrear condições limitantes no indivíduo o mais breve possível.

Entre os instrumentos de avaliação cognitiva, destaca-se o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO B), elaborado por Folstein *et al.*, (1975), e que representa um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo, porquanto auxilia o avaliador a estimar quantitativamente o prejuízo cognitivo do indivíduo e a rastrear quadros de demência.

O MEEM, um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo, é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (5 pontos), lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (0) até o total máximo (30) (FOLSTEIN *et al.*, 1975).

Segundo Lourenço e Veras (2006), no Brasil, alguns estudos têm sido desenvolvidos para avaliar as características de medida da escala (características psicométricas), no entanto, verificam-se entre eles divergências metodológicas. Nesta pesquisa, elegeram-se a tradução e a adaptação do MEEM feita por Bertolucci *et al.* (1994) que avaliaram o desempenho cognitivo a partir do MEEM em 530 indivíduos de um serviço de triagem médica de um hospital. Na ocasião identificaram pontos de corte diferenciados para o diagnóstico de declínio cognitivo, em função do nível de escolaridade: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade, com sensibilidade de 82,4%, 75,6% e 80%, e especificidade de 97,5%, 96,6% e 95,6%, respectivamente. Enfim, constataram a grande influência da escolaridade no escore total do teste, quando comparada à versão original.

3.3 Avaliação do risco de Úlcera por Pressão

Fernandes e Caliri (2008) referem que a determinação do risco para o desenvolvimento da UPP deverá ser a primeira medida adotada para se prevenir a lesão. Então, para identificar os indivíduos em risco de apresentar UPP, é necessário entender sua fisiopatologia e, a partir de então, levantar os fatores de risco.

Braden e Bergstrom (1987) construíram um modelo conceitual no qual apontam fatores determinantes para o desenvolvimento das UPP, que envolvem dois determinantes críticos: intensidade e duração da pressão, e a tolerância da pele e estruturas subjacentes para suportar a pressão.

De acordo com o esquema, os determinantes críticos – intensidade e duração da pressão – envolvem os fatores de risco percepção sensorial, mobilidade e atividade. A tolerância da pele e das estruturas subjacentes à pressão, ou a

capacidade de o tecido tolerar a carga mecânica refere-se a fatores intrínsecos, como a nutrição, e extrínsecos, como umidade, fricção e cisalhamento (Figura 1).

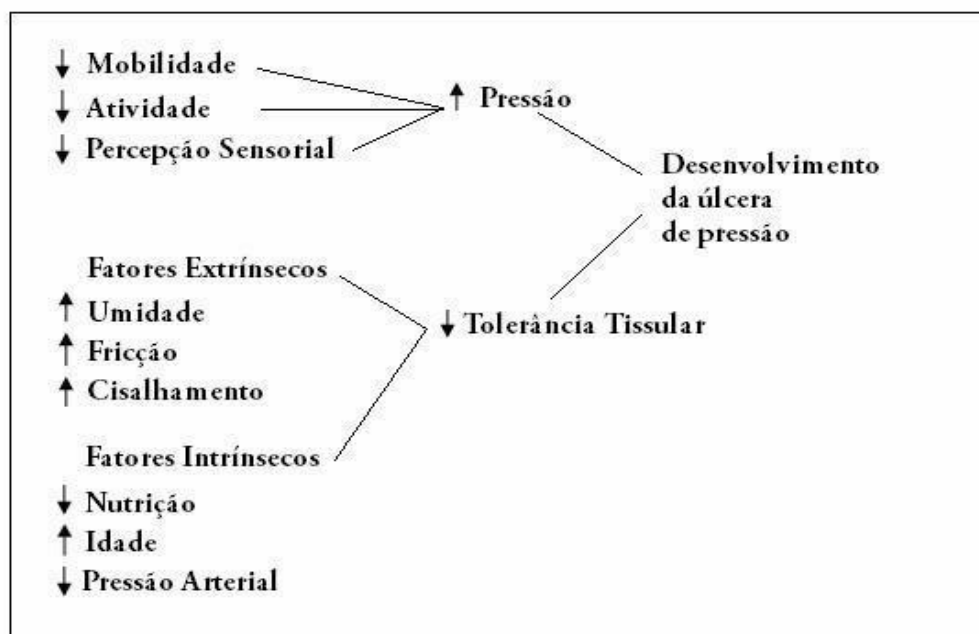


Figura 1: Esquema conceitual de fatores de risco para o desenvolvimento de UPP (BRADEN; BERGSTROM, 1987).

Assim, considerando os fatores de risco para a ocorrência de UPP, cabe ao enfermeiro detectar precocemente os indivíduos em risco. Para tanto, além de efetivar a avaliação clínica e anamnese, poderá ser utilizado um instrumento válido e confiável de avaliação de risco para UPP, as escalas de risco, a fim de realizar intervenções oportunas (AYELLO, 2007).

Segundo Gomes *et al.*, (2010), dentre os instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP, as escalas mais conhecidas são as de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden. Esta última tem sido a mais utilizada e extensivamente testada, até o momento, na prática clínica, tem a melhor definição operacional e demonstrou ter maior sensibilidade e especificidade em relação às demais.

A escala de Braden foi desenvolvida por Bergstrom, Braden, Laguzza e Holman em 1987, com o objetivo de direcionar as ações de enfermagem na prevenção de UPP e diminuir a incidência dessas lesões. De acordo com Ayello (2007), a escala de Braden é mais comumente usada em adultos mais velhos, comprometidos clínica e cognitivamente, tendo sido usada extensivamente em cuidados agudos, domiciliar e institucional, como as ILP.

Essa escala de risco foi construída por meio da fisiopatologia da UPP, baseada no esquema conceitual apresentado, considerando-se os determinantes críticos que medem a intensidade e a duração da pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e a tolerância da pele e dos tecidos à pressão, que estão relacionados a fatores intrínsecos, como nutrição e idade, e fatores extrínsecos, como umidade, fricção e cisalhamento. Portanto, a escala fica composta por seis parâmetros ou subescalas, a saber: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (BERGSTROM *et al.*, 1987; BRADEN; BERGSTROM, 1989). (ANEXO D).

A subescala Percepção Sensorial avalia a capacidade de sentir e, conseqüentemente, relatar o desconforto. A sensação de pressão e de desconforto faz com que a pessoa mude a posição do corpo ou solicite ajuda para fazê-lo. A incapacidade de sentir ou reconhecer a pressão ou o desconforto relacionado à pressão aumenta o risco de desenvolvimento de UPP (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

A subescala Umidade avalia o nível de umidade ao qual a pele está exposta. Assim, incontinência urinária e fecal, drenagem de feridas, transpiração e restos alimentares são potenciais fontes de umidade. A incontinência aumenta o risco de UPP, porque acentua a umidade e a irritação química (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

Já as subescalas Mobilidade e Atividade são usadas para refletir frequência e duração da atividade e mudança de posição. Sendo que, mobilidade é a capacidade de aliviar a pressão através do movimento, que é possível no paciente acamado, por isso é separada do conceito de atividade que mede a frequência de saída do leito (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

A subescala Nutrição reflete a ingestão alimentar usual do paciente. A nutrição é considerada um dos fatores relatados para o desenvolvimento de UPP. A subescala Fricção e Cisalhamento mede a capacidade do indivíduo que, ao ser ajudado a se movimentar ou ao movimentar-se sozinho, deixa a pele livre de contato com a superfície do leito ou cadeira durante o movimento (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

As primeiras cinco subescalas, de acordo com a escala de Braden, são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); e apenas a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A pontuação total pode variar de 6 a 23,

sendo que a contagem de menor número de pontos indica que o indivíduo tem maior risco para desenvolver a UPP, ou seja, há uma relação inversamente proporcional entre o escore total e o risco de desenvolver UPP.

Convém enfatizar que pacientes 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 9, risco muito elevado (AYELLO, 2007).

Os primeiros estudos para a validação da Escala de Braden apresentaram o escore de corte 16 para risco de UPP em adultos e idosos (BERGSTROM *et al.*, 1987). Posteriormente, novos estudos com pacientes idosos, fisiologicamente instáveis ou que tinham acesso limitado ao cuidado individualizado, sugeriram o escore de corte 18 (BERGSTROM *et al.*, 1998).

Em relação à validade e à confiabilidade da escala de Braden, sua capacidade de predizer o desenvolvimento de UPP (validade preditiva) foi testada extensivamente, e foram relatados índices de concordância entre observadores de 0,83 e 0,99. Esse instrumento tem se mostrado igualmente confiável em pacientes brancos e negros, com faixas de sensibilidade de 83 a 100%, e especificidade de 64 a 90%, dependendo do ponto de corte para prever o risco de UPP. Assim, o ponto de corte de 18 deve ser usado para identificar pacientes brancos e negros em risco de UPP (AYELLO, 2007).

Segundo a autora supracitada, embora esta escala tenha sido usada principalmente em adultos brancos mais velhos, um estudo sobre a eficácia da escala de Braden em populações negras e latinas sugere que um ponto de corte menor ou igual a 18 evita uma menor predição de risco para UPP nessa população. Isso significa que esse valor é adequado como escore de corte para populações idosas. Ainda segundo a autora, a escala de Braden, quando utilizada correta e consistentemente, ajudará a identificar o risco associado à UPP, de modo que as intervenções preventivas adequadas poderão ser implementadas.

No Brasil, a escala de Braden foi validada para a língua portuguesa por Paranhos e Santos (1999). Sua validade de predição foi testada e adaptada em 34 clientes de um centro de terapia intensiva. As autoras realizaram três avaliações e identificaram 94% de sensibilidade, 89% de especificidade e validade preditiva de 88% e 94%, respectivamente, para testes positivos e negativos (PARANHOS; SANTOS, 1999). Entretanto, para utilizar a referida escala, o enfermeiro não deve apenas considerar

a classificação quanto à presença ou ausência de risco, mas também investigar cada uma das seis subescalas de risco, conforme recomendado pelas idealizadoras, de modo a implementar uma prevenção específica e efetiva para cada tipo de usuário/paciente. Logo, aliado à história clínica e social do paciente, o uso de instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP auxilia o enfermeiro e os outros profissionais a elaborarem os cuidados.

Atualmente, concebe-se que todos os profissionais da área de saúde precisam se envolver na prevenção das UPP, razão por que inúmeras sociedades multidisciplinares foram formadas com o intuito de expandir os conhecimentos e dar suporte às práticas adequadas, com o fim de elaborar diretrizes para a prática clínica (DEALEY, 2008).

Dentre as diretrizes reconhecidas pela comunidade científica e que, segundo Fernandes (2000), tornou-se padrão para o cuidado prestado em instituições de saúde de diferentes níveis, destaca-se a diretriz da *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), atualmente conhecida como *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Publicada em 1992, a diretriz da AHRQ foi desenvolvida por um grupo de especialistas e apoiada pelo serviço de saúde pública norte-americano. Teve como foco quatro aspectos ou domínios do cuidado: identificar indivíduos em risco para UPP que necessitam de prevenção e os fatores específicos que os colocam em risco; manter e melhorar a tolerância dos tecidos à pressão para prevenir a lesão; proteger os tecidos contra os efeitos adversos das forças mecânicas externas (pressão, fricção, cisalhamento); e por fim, reduzir a incidência de úlcera por pressão por meio de programas educacionais (BERGSTROM *et al.*, 1992).

A partir de então, registram-se várias diretrizes internacionais (RNAO, 2005; AMDA, 2008; AYELLO, SIBBALD, 2008; EPUAP; NPUAP, 2009; AAWC, 2010; ICSI, 2010; WOCN, 2010) voltadas para a prática clínica interdisciplinar, baseadas em pesquisas de evidências clínicas e consensos de especialistas, com orientações na predição e prevenção de UPP, no tratamento dessas lesões, assim como direcionadas à disseminação de programas educacionais (NGC, 2011).

As diretrizes preconizadas pelo *European Pressure Ulcer Advisory Panel* – EPUAP - e *National Pressure Ulcer Advisory Panel* – NPUAP (2009), as quais foram revisadas nos *guidelines* de prevenção e tratamento de UPP de ambos os órgãos,

baseadas em evidências, constituem-se um guia de referência para os profissionais de saúde no mundo todo.

As recomendações de prevenção de UPP, segundo o EPUAP e o NPUAP (2009), são: avaliação de risco, avaliação da pele, nutrição para a prevenção de UPP, reposicionamento para a prevenção de UPP, superfícies de apoio e população especial: pacientes no transoperatório, que estão descritas a seguir.

A) Avaliação de risco

- Deve-se realizar a documentação da avaliação de risco para UPP em todos serviços de saúde;
- Utilizar escalas de avaliação de risco juntamente com a avaliação abrangente da pele e o juízo clínico;
- Considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas como pessoas em risco de desenvolver UPP;
- Considerar os indivíduos com alterações em pele intacta, como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão, como pele seca, eritema e outras alterações;
- Considerar o impacto de alguns fatores de risco como: *Indicadores nutricionais* (hemoglobina, anemia e albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso); *fatores que afetam a perfusão e a oxigenação* (diabetes, instabilidade cardiovascular/ uso de epinefrina, baixa pressão arterial, índice de pressão tornozelo e braço e uso de oxigênio); *umidade da pele* (pele seca e excessivamente úmida); e *idade avançada*; fricção e forças de cisalhamento (subescala da escala de Braden); Percepção sensorial (subescala da escala de Braden); Estado geral de saúde; Temperatura corporal.
- Na admissão do doente, usar uma avaliação de risco estruturada e repeti-la tão regular e frequentemente;
- Desenvolver e implementar um plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver UPP.

B) Avaliação da pele

- Realizar uma abordagem estruturada para avaliar a pele e documentar em todos os serviços de saúde;
- Capacitar os profissionais sobre a forma de se obter uma avaliação abrangente da pele, que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento (de reperfusão), calor local, edema e tumefação (rigidez);
- Realizar a avaliação contínua da pele para a detecção precoce de danos causados por pressão, identificando áreas hiperemiadas;
- Pedir a colaboração do indivíduo na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídos a danos causados por pressão e observar a pele quanto a danos causados por pressão devidos a dispositivos médicos;
- Cuidados com a pele: não posicionar o indivíduo numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão no local; evitar massagear a pele para prevenir a UPP e não esfregar vigorosamente a pele que se encontra em risco de adquiri-la, assim como usar emolientes para hidratar a pele seca e protegê-la da exposição à umidade excessiva.

C) Nutrição para prevenir UPP

- Rastrear e avaliar o estado nutricional de todos os indivíduos em risco de UPP em todos os serviços de saúde;
- Referenciar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de UPP para o nutricionista ou o serviço de nutrição;
- Oferecer suplementos nutricionais orais, ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, a indivíduos em risco nutricional e de UPP e administrá-los nos intervalos das refeições regulares, para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos.

D) Reposicionamento para prevenir UPP

- Deve-se considerar a mudança de decúbito em todos os indivíduos que se encontrem em risco de desenvolver UPP, a fim de reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;
- A frequência dos posicionamentos será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo nível de atividade e mobilidade do indivíduo, pela sua condição clínica global, pelos objetivos do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele, como também dependerá das características da superfície de apoio, se a mesma redistribui a pressão;
- Evitar sujeitar a pele à pressão ou a forças de cisalhamento. Deve-se pedir ajuda para levantar o indivíduo, pois não é recomendável arrastá-lo;
- Deve-se evitar posicionar o indivíduo sobre dispositivos médicos e proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;
- O reposicionamento deve ser feito usando 30°, na posição de semi-fowler ou na posição de pronação (bruços), e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o indivíduo puder tolerar essas posições e a sua condição clínica o permitir. É preciso evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30° ou a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado;
- Reposicionamentos de um indivíduo sentado: Se os pés do indivíduo não chegam ao chão, recomenda-se que sejam colocados sobre um banquinho ou apoio para os pés e se restrinja o tempo que ele passa sentado na cadeira sem alívio de pressão;
- Devem ser registrados os regimes de reposicionamentos, especificamente a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados do regime dos reposicionamentos;
- Deve ser fornecida formação, no âmbito dos reposicionamentos, como forma de prevenir as úlceras de pressão, a todos os envolvidos nos cuidados com o indivíduo em risco de desenvolvê-las, incluindo o próprio indivíduo e prestador de cuidados (se possível).

E) Superfícies de apoio

A escolha de uma superfície de apoio apropriada deve considerar o nível de mobilidade do doente na cama e a compatibilidade com o local de prestação de cuidados. É recomendável que, antes de usar uma superfície de apoio, verifique-se se ela está dentro do tempo de vida útil de acordo com as indicações específicas do fabricante e se avaliem a adequabilidade e a funcionalidade das superfícies de apoio em cada contato com o indivíduo.

Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de espumas de padrão standard hospitalar, em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver úlceras de pressão, provou ser mais eficaz na prevenção de UPP, assim como o uso de uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão quando não é possível o reposicionamento manual frequente.

Quanto aos dispositivos de proteção dos calcâneos, devem-se elevá-los completamente (ausência de carga) de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles, e o joelho deve ficar ligeiramente flexionado. Também pode ser usada uma almofada debaixo das pernas para elevar os calcâneos (calcâneos flutuantes).

Em indivíduos sentados numa cadeira, que apresentam diminuição da mobilidade e que estão em risco de desenvolver UPP, recomenda-se usar uma almofada de assento de redistribuição de pressão e limitar o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira.

F) População especial: pacientes no transoperatório

É preciso redefinir a avaliação de risco para os indivíduos sujeitos a cirurgia, a partir da análise de outros fatores que possam ocorrer e que aumentem o risco de desenvolvimento de UPP, e incluir a duração da cirurgia, o aumento dos períodos de hipotensão no intraoperatório, a baixa temperatura corporal durante a cirurgia e a mobilidade reduzida durante o primeiro dia pós-operatório. Para tanto, é necessário posicionar adequadamente os pacientes de risco (idosos, cirurgias de grande porte, etc.), promover-lhes aquecimento adequado e utilizar superfícies de apoio. Essas atitudes contribuem para a prevenção de UPP durante o trans e o pós-operatório.

Tendo em vista o exposto, a prevenção representa o mais eficiente método disponível de atuação para minimizar um problema tão frequente como as UPP. Assim, o primeiro passo para a implementação de medidas preventivas é reconhecer os indivíduos que estão propensos a desenvolver UPP e, a partir de então, implementar ações preventivas simples e menos onerosas que os tratamentos das lesões e suas possíveis complicações.

Portanto, grande parte das UPP pode ser evitada de forma sistemática, através da utilização de medidas preventivas e orientações para o cuidado adequado, conforme estabelecem as diretrizes internacionais aqui mencionadas. No entanto, o conhecimento dos profissionais da área de saúde que assistem essa clientela é fundamental, pois a qualidade do cuidado prestado para prevenir UPP pode ser prejudicada se a habilidade e o conhecimento deles não forem adequadamente conduzidos (FERNANDES; CALIRI, 2000).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal e observacional, de natureza quantitativa, desenvolvida por meio de inquérito domiciliar. Esse tipo de delineamento se caracteriza por uma única medida das variáveis de interesse, portanto, não há seguimento nem controle, na fase de desenho das variáveis preditoras que, junto com as variáveis respostas, são medidas simultaneamente. Assim, os estudos transversais geralmente fornecem informações relacionadas à prevalência (HULLEY *et al.*, 2008).

Os inquéritos em saúde têm como função precípua a quantificação dos problemas de saúde da população, gerando informações que são úteis ao planejamento dos serviços de saúde, visto que o banco de dados resultante de cada inquérito pode ser utilizado em momentos posteriores, não só para comparações, mas para vários outros fins relacionados à saúde (PEREIRA, 2006).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na área urbana do município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, cuja população é de 723.515 mil habitantes (IBGE, 2010). Está inserida em um projeto maior, intitulado “Condições de vida e de saúde de idosos de Ribeirão Preto - SP e de João Pessoa - PB: um estudo comparado”, do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD), representando um convênio estabelecido entre o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Como cenário da pesquisa, elegeu-se a comunidade, através de setores censitários, entre os 617 existentes no município, segundo dados do IBGE.

4.3 População e Amostra

O processo amostral na pesquisa foi realizado por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio considerou-se o setor censitário como unidade primária da amostragem. Foram sorteados 20 setores censitários com probabilidade proporcional ao número de domicílios, entre os 617 setores do município de João

Pessoa-PB segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007). Após o sorteio dos setores, foi identificada, no mapa municipal de João Pessoa – PB, a localização de cada setor sorteado e foram visualizados os bairros e as ruas a serem visitados. Na sequência, foram listadas as ruas de cada setor e, posteriormente, realizou-se novo sorteio para determinar as ruas que seriam visitadas pelos entrevistadores. Concomitantemente, foram impressos mapas de cada setor sorteado e divididas as equipes de entrevistadores para os mesmos.

No segundo estágio, foi visitado um número fixo de domicílios, com a finalidade de garantir a autoponderação amostral. Para isso, procedeu-se ao sorteio da rua e da quadra onde esse processo de busca deveria iniciar. Para se chegar ao número de idosos da amostra, foram visitados, no máximo, 16 domicílios em cada setor, a fim de prevenir perdas no número de idosos a serem pesquisados, caso houvesse recusas ou não respostas. Assim, considerou-se, em princípio, um tamanho amostral de 320 pessoas, número que resulta de correção para a taxa de respostas prevista em 80%.

4.3.1 Tamanho e frações amostrais

Para o cálculo amostral, foram adotados os seguintes parâmetros estatísticos: definiu-se uma amostra de 240 indivíduos, o que garantiu um erro máximo de 6,3%, com 95% de probabilidade, considerando-se uma população referência de 61281 idosos de 60 anos ou mais, segundo o IBGE em 2007. Para se chegar ao valor de $n=240$, sortearam-se 20 setores censitários, entre os 617 existentes. Assim, foram visitados 12 idosos por setor censitário.

Portanto, a fração amostral do primeiro estágio foi:

$$F1 = 20 * P(i)/61281$$

$P(i)$ corresponde à população de 60 anos ou mais, no setor i , e 61281, equivale ao total da população de 60 anos ou mais, como aferido na contagem do IBGE em 2007.

Entre as condições de saúde dos 240 idosos que fizeram parte do inquérito domiciliar, foram identificadas 51 pessoas idosas com limitação física, que constituíram a amostra do presente estudo, selecionada com base nos critérios de inclusão listados a seguir.

4.4 Critérios de Inclusão

- Ter 60 anos ou mais;
- Residir na área urbana do município;
- Apresentar alguma limitação física na avaliação inicial, como: não conseguir deambular, possuir grande ou pequena dificuldade para deambular, conforme instrumento específico (APÊNDICE A);
- Aceitar participar da pesquisa.

4.5 Procedimentos para a Coleta dos Dados

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de abril a junho de 2011, desenvolvendo-se em duas etapas simultâneas.

A primeira foi realizada por sete entrevistadores, pós-graduandos, treinados para aplicar os instrumentos de coleta de dados, utilizando-se da técnica de entrevista com o idoso que, quando apresentava déficit cognitivo, consultava-se a pessoa responsável ou o cuidador. Nessa abordagem, quando se identificavam idosos em declínio de mobilidade física, segundo o instrumento elaborado de identificação e encaminhamento de idosos com limitação física (APÊNDICE A), a equipe de entrevistadores os encaminhava à pesquisadora do presente estudo para o retorno ao domicílio. Semanalmente, ela acompanhava todo o processo de coleta e revisava todos os instrumentos, com o objetivo de encontrar pessoas idosas com limitação física, a fim de agendar um novo retorno ao domicílio na mesma semana.

Na segunda etapa, após o agendamento no domicílio e novo consentimento do idoso ou responsável, a pesquisadora realizou uma nova entrevista para avaliar a capacidade funcional do idoso e o risco de desenvolvimento de UPP; em seguida, examinou a pele do pesquisado para identificação de UPP.

4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados, utilizaram-se seis instrumentos estruturados, aplicados segundo cada etapa considerada, conforme apresentados a seguir.

4.6.1 Instrumentos da primeira etapa

Na primeira entrevista com os idosos, os entrevistadores utilizaram:

1. Instrumento de identificação do idoso: Elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), no qual se abordam os aspectos sociodemográficos e as condições clínicas (Anexo A);

2. Miniexame do Estado Mental (MEEM): Foi elaborado por Folstein et al. (1975), e a tradução e a adaptação foram feitas com base em Bertolucci et al. (1994) (Anexo B), que observaram que o escore total dependia do nível educacional. Esse teste ajudou a abordar os idosos e avaliar as características cognitivas.

Esse teste de avaliação cognitiva compõe-se de questões agrupadas em sete categorias, cada uma desenhada com o objetivo de avaliar diferentes funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), orientação para o local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos. Os pontos de corte sugeridos por Bertolucci et al. (1994) foram de 13, para analfabetos, 18, para escolaridade baixa/média, e 26, para alta escolaridade.

3. Instrumento de identificação e encaminhamento de idosos com alguma limitação física: Elaborado pela pesquisadora e orientadora, por meio do qual se classifica o idoso com as seguintes características: *pequena dificuldade para deambular* (deambula sozinho, com movimentos lentos ou marcha lenta); *grande dificuldade para deambular* (deambula com muita dificuldade, permanece maior tempo sentado, incapaz de percorrer as distâncias necessárias, necessita de ajuda para se sentar e/ou levantar, deambula auxiliado por pessoa ou andador); *Não deambula:* incapaz de transferir-se da cadeira para a cama, em cadeira de rodas, não sai da cama (acamado) (Apêndice A).

4.6.2 Instrumentos da segunda etapa

Na segunda entrevista realizada pela pesquisadora, juntamente com avaliação da pele do idoso, aplicaram-se estes instrumentos:

4. Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (Escala de Katz): Foi desenvolvida por Katz *et al.*(1963), adaptada e validada no Brasil por Lino *et al.*, (2008) (ANEXO C).

Este é um instrumento de medida das atividades de vida diárias hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar independência no desempenho de seis funções consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se. Cada função tem três alternativas categorizadas como independente ou dependente (LINO *et al.*, 2008).

A classificação da Escala de Katz é feita de acordo com os diferentes graus de independência funcional para cada função, e os índices, de 0 a 6 (LINO *et al.*, 2008): 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 funções e dependente em quatro; 5- independente em uma função e dependente em cinco funções; 6- dependente em todas as seis funções.

5. Escala de Braden: Foi desenvolvida por Bergstrom, Braden, Laguzza e Holman (1987), a partir de um esquema conceitual, no qual as autoras exploraram a inter-relação dos fatores de risco e causais na gênese das UPP. No Brasil, foi validada para nossa cultura por Paranhos e Santos (1999), e sua validade de predição foi adaptada e testada em 34 clientes de um centro de terapia intensiva (ANEXO D).

Essa escala é composta por seis domínios ou subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Dentre as seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição à pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada subescala é acompanhada de um título e cada nível, de um conceito descritor chave e uma ou

duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Cada domínio da escala (ou subescalas) tem uma especificação quantitativa padronizada das condições do paciente, em que cinco são pontuadas de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de um a três. O escore total varia de 6 a 23, e quanto menor o escore, maior o risco para a formação de UPP e vice-versa. Portanto, o risco de o paciente desenvolver UPP é classificado por níveis de risco, segundo a somatória dos escores ou escore total (AYELLO, 2007): em risco (adultos com 15 e 16; idosos com 17 e 18); risco moderado (13 e 14); risco alto (10 a 12), e risco muito elevado (igual ou menor que 9).

Os primeiros estudos para a validação da Escala de Braden apresentaram o escore de corte 16 para risco de UPP em adultos e idosos (BERGSTROM *et al.*, 1987). Posteriormente, novos estudos com pacientes idosos, fisiologicamente instáveis ou que tinham acesso limitado ao cuidado individualizado, sugeriram o escore de corte 18 (BERGSTROM *et al.*, 1998).

Nesta pesquisa, empregamos o escore igual a 18 ou menor, como ponto de corte para a avaliação de risco para UPP na população idosa (60 anos ou mais), seguindo recomendação de Bergstrom *et al.*(1998) e Ayello (2007), e também em conformidade com os estudos nacionais já realizados nesta população (LEAL, 2005; SOUZA, 2005; CHAYAMITI, 2008; FAUSTINO, 2008; BEZERRA, 2010; LISBOA, 2010; PINTO,2010; SIMÃO, 2010).

6. Instrumento de Avaliação do Portador de UPP: Elaborado pela pesquisadora e orientadora para caracterizar a lesão (APÊNDICE B).

4.7 Análise dos Dados

Para o tratamento dos dados, inicialmente, foi realizada a codificação das variáveis e categorias em um dicionário de dados e construiu-se um banco de dados, empregando-se a técnica de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel, a fim de comparar as informações registradas e localizar o questionário quando detectadas inconsistências. Concluídas a digitação e a validação dos dados, eles foram submetidos a cálculos estatísticos no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15.

Para analisar os dados, foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (técnicas de estatística descritiva), além das técnicas de estatística inferencial, através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando não havia condições para utilizar o primeiro, teste t-Student, com variâncias iguais ou desiguais, e F (ANOVA) com comparações de Tukey. A hipótese de igualdade de variâncias foi verificada através do teste F de Levene. Ressalte-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.

4.8 Aspectos Éticos

Para atender às normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), contidas na Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Federal da Paraíba, sob Protocolo n.º 0124/11 (Anexo E). Assim, foram apresentados aos idosos os objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e fornecidas as informações pertinentes. Depois da anuência do entrevistado e da assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista, em que foram garantidos o sigilo e o anonimato das respostas, identificando-se as entrevistas por números.

5 RESULTADOS

Durante o inquérito domiciliar realizado com 240 idosos residentes no município de João Pessoa-PB, foram identificadas 51 pessoas idosas com limitação física, as quais fizeram parte da amostra deste estudo, segundo os critérios de inclusão estabelecidos previamente.

Os resultados, apresentados na forma de tabelas, estão distribuídos em duas partes:

- **Parte 1:** Perfil sociodemográfico e condições clínicas dos idosos;
- **Parte 2:** Avaliação da capacidade funcional dos idosos com limitação física associada ao risco de UPP;

PARTE 1

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES CLÍNICAS DOS IDOSOS

5.1 Aspectos sociodemográficos dos idosos pesquisados

Dos 51 idosos pesquisados, 22 cuidadores (43%) responderam o questionário pelo idoso, 20 idosos (39%) foram auxiliados pelos cuidadores ou responsáveis para as respostas, e apenas nove pessoas responderam por conta própria. A maioria dos participantes – 29 (56,9%) era do sexo feminino; no que se refere à faixa etária, 24 (47,1%) apresentavam de 60 a 79 anos, e 27 (52,9%), 80 anos ou mais (Tabela 1), portanto, com uma média de 80,51 anos, mediana de 81,00 anos, desvio padrão de 9,06 anos e coeficiente de variação de 11,25%.

Mais da metade da população - 28 (54,9%) relatou que tinha pele de cor não branca, 21 pessoas (41,1%) eram viúvos, e 36(70,6%) predominantemente de religião católica; verificou-se também que 30 pesquisados (58,8%) sabiam ler e escrever, e que 22 idosos (43,1%) não eram alfabetizados. Em princípio, esse achado parece contraditório, no entanto, dentre os idosos que sabiam ler e escrever, havia uma pessoa que não frequentou a escola (ausência de anos de estudo) e os demais dessa categoria tinham variações nos anos de estudos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo os dados sociodemográficos. João Pessoa-PB, 2011

Variáveis	n	%
TOTAL	51	100,0
Sexo		
Masculino	22	43,1
Feminino	29	56,9
Faixa etária		
60 a 79 anos	24	47,1
80 anos ou mais	27	52,9
Raça/ Cor (referida)		
Branca	23	45,1
Não branca (Parda/ Negra/ Amarela)	28	54,9
Estado civil		
Solteiro	8	15,7
Casado	16	31,4
Divorciado/ Separado	6	11,8
Viúvo	21	41,1
Religião		
Católica	36	70,6
Protestante	11	21,6
Outras	2	3,9
Nenhuma	2	3,9
Sabe ler/ escrever		
Sim	30	58,8
Não	21	41,2
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeto	22	43,1
1 a 4 anos	5	9,8
5 a 8 anos	13	25,5
9 a 11 anos	4	7,8
12 ou mais anos	7	13,7
Renda individual (salário mínimo*)		
Menor que 1 salário	1	2,0
Um salário	32	62,7
Maior que 1 a 2 salários	10	19,6
Maior que 2 a 5 salários	5	9,8
Maior que 5 salários	1	2,0
Não informado	2	3,9
Fonte de renda		
Aposentadoria	46	90,2
Pensão	12	23,5
Recebe doações	5	9,8
Recebe aluguel	4	7,8
Outras fontes	5	9,8
BASE(1)		

* Na ocasião da pesquisa, o salário mínimo equivalia a R\$ 545,00.

(1): Considerando que um idoso tenha mais de uma fonte de renda, registra-se a base para o cálculo dos percentuais, e não, o total.

Em relação à renda individual, 32 pesquisados (62,7%) recebiam um salário mínimo, sendo sua maioria, 46 (90,2%), proveniente de aposentadoria (Tabela 1);

quanto à renda familiar registraram-se variações: 3 (5,9%) idosos possuíam renda familiar menor ou igual a um salário, 21(41,1%) possuíam maior que 1 até 3 salários, e 14 (27,5%) maior que 3 salários, no entanto foi observado que 13 pessoas (25,5%) não sabiam informar a renda, em virtude de não ser elemento fixo, em algumas situações, ou por não saberem mesmo, e uma minoria resguardaram-se quanto a informação.

Os resultados demonstraram, ainda, que 36 (70,6%) idosos utilizavam o Sistema Único de Saúde como opção de busca para os serviços de saúde, e quanto à moradia, a maioria (86,3%) tinha casa própria, 34 (56,7%) co-habitavam com mais de três pessoas, formado por arranjos trigeracionais, intrageracionais e outros. Ao serem indagados sobre o número de filhos vivos, 33 (64,8%) informaram que têm três ou mais filhos.

Ainda sobre as informações pessoais dos idosos pesquisados, um número significativo de pessoas idosas - 44 (86,3%) – dispunha de cuidador no âmbito domiciliar, e a quase totalidade formada pelo cuidador familiar, desde cônjuge e filhos até outros membros da família.

5.2 Condições Clínicas dos Idosos Pesquisados

Em relação às condições clínicas dos idosos, nas Tabelas 2 e 3, são apresentados, respectivamente, os problemas de saúde ou doença de base e as medicações que eles usam. Em relação às diferenças percentuais apresentadas na Tabela 2, sobre as duas faixas etárias, verifica-se a doença neurológica, com valor de 30,6% mais elevada na faixa com 80 anos ou mais (55,6% x 25,0%), e a DM e a ansiedade mais elevadas na faixa etária de 60 a 79 anos, com valores 22,7% (37,5% x 14,8%) e 22,2% (33,1% x 11,1%) respectivamente. Entretanto, a doença neurológica foi a única variável com associação significativa para faixa etária ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Distribuição dos problemas de saúde apresentados pelos idosos segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2011

Problemas de Saúde ⁽¹⁾	Faixa etária				Grupo Total		Valor de p
	60 a 79 anos		80 anos ou mais		n	%	
	n	%	N	%			
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	12	50,0	14	51,9	26	51,0	p ⁽²⁾ = 0,895
Audição prejudicada	9	37,5	13	48,1	22	43,1	p ⁽²⁾ = 0,443
Incontinência urinária ou fecal	8	33,3	14	51,9	22	43,1	p ⁽²⁾ = 0,183
Visão prejudicada	9	37,5	13	48,1	22	43,1	p ⁽²⁾ = 0,443
Doença neurológica (Parkinson/ Alzheimer/ esclerose)	6	25,0	15	55,6	21	41,2	p ⁽²⁾ = 0,027*
Artrite (reumatoide/ osteoartrite)	8	33,3	11	40,7	19	37,3	p ⁽²⁾ = 0,585
Obstipação intestinal	8	33,3	11	40,7	19	37,3	p ⁽²⁾ = 0,585
Acidente vascular encefálico (AVE)	8	33,3	7	25,9	15	29,4	p ⁽²⁾ = 0,562
Problemas de coluna	6	25,0	8	29,6	14	27,5	p ⁽²⁾ = 0,712
Diabetes mellitus (DM)	9	37,5	4	14,8	13	25,5	p ⁽²⁾ = 0,064
Ansiedade	8	33,3	3	11,1	11	21,6	p ⁽²⁾ = 0,054
Doença cardíaca	3	12,5	7	25,9	10	19,6	p ⁽³⁾ = 0,300
Doença gastrointestinal alta	3	12,5	7	25,9	10	19,6	p ⁽³⁾ = 0,300

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Considerando que um mesmo idoso tenha mais de um problema de saúde, registra-se a base para o cálculo dos percentuais, e não, o total.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através do teste Exato de Fisher.

Também foi possível, através da análise estatística, identificar diferenças percentuais entre os sexos quanto aos problemas de saúde. Assim, a osteoartrite, a HAS e a DM foram elevadas no sexo feminino, e apenas a osteoartrite obteve associação significativa ($p < 0,05$).

De uma maneira geral, entre os problemas de saúde de maior frequência, merecem destaque neste estudo a hipertensão arterial (51%), a visão prejudicada (43,1%), a incontinência urinária ou fecal (43,1%), as doenças neurológicas (42,1%), as osteoartrites (37,3%), o AVE (29,4%) e a DM (25,5%), haja vista que a prevalência dessas condições crônicas predispõe o idoso às limitações funcionais.

Mediante afirmação de diagnóstico médico pregresso, 41 idosos (80,4%) alegaram que apresentam quatro ou mais morbidades.

Ainda sobre o estado de saúde dos investigados, sete idosos (13,7%) informaram que foram internados nos últimos 12 meses, 15 (29,4%) mencionaram perda de peso recente, e outros 15 (29,4%) utilizam cinco ou mais medicamentos diferentes.

A Tabela 3, abaixo, apresenta as frequências absolutas para os tipos de medicamentos utilizados pelos idosos.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo os tipos de medicamentos em uso. João Pessoa-PB, 2011

Tipos de medicamentos	n	%
Anti-hipertensivos	22	43,1
Psicotrópicos	15	29,4
Hipoglicemiantes orais	11	21,6
Neurolépticos	10	19,6
Vasosativos cerebrais e/ou periféricos	9	17,6
Suplementos de vitaminas/minerais/aminoácidos	8	15,7
Antiplaquetários	8	15,7
Insulina	5	9,8
Antiácidos	4	7,8
Antiinflamatórios	3	5,9
Colírio	3	5,9
Outros*	10	19,6
Nenhuma	8	15,7
BASE⁽¹⁾	51	

(1): Considerando que um mesmo paciente faça uso de mais de uma medicação, registra-se a base para o cálculo dos percentuais, e não, o total.

* Outros: fitoterápicos, antibióticos, laxantes, antiemético, cardiotônicos, carmelose sódica, antialérgico e antineoplásico.

A maioria dos idosos que compuseram a amostra usava anti-hipertensivos (43,1%), seguidos de psicotrópicos (29,4%), hipoglicemiantes (21,6%) e neurolépticos (19,6%), além de outras medicações. Vale ressaltar que um mesmo idoso podia usar mais de uma medicação.

PARTE 2

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS COM LIMITAÇÃO FÍSICA ASSOCIADA AO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

5.3 Avaliação da Limitação Física, Estado Cognitivo e Independência Funcional para Atividades de Vida Diárias dos Idosos

Nos últimos anos, vários estudos vêm utilizando o desempenho motor, a avaliação cognitiva e a independência funcional para avaliar a capacidade funcional de idosos (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; PARAHYBA; VERAS, 2008; MINOSSO *et al.*, 2010; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Assim, o comprometimento da capacidade funcional no idoso surge como um problema de saúde pública, uma vez que o sistemático processo de envelhecimento populacional, o baixo nível socioeconômico e educacional no país, e a alta prevalência de doenças crônicas são causadores de limitações funcionais e de incapacidades entre os idosos brasileiros, conforme mencionado por algumas autoras (GIACOMIN *et al.*, 2008).

As Tabelas 4 e 5 apresentam os resultados relacionados ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos pesquisados.

Tabela 4 – Descrição das variáveis limitação física, estado cognitivo e índice de independência funcional para AVD, segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2011

Variáveis	Faixa Etária				Grupo Total		Valor de p
	60 a 79 anos		80 anos ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	24	100,0	27	100,0	51	100,0	
• Limitação Física							
Pequena dificuldade p/ deambular	3	12,5	2	7,4	5	9,8	p ⁽¹⁾ = 0,643
Grande dificuldade para deambular	9	37,5	8	29,6	17	33,3	
Não consegue deambular	12	50,0	17	63,0	29	56,9	
• Estado Cognitivo							
Com déficit cognitivo	11	45,8	23	85,2	34	66,7	p ⁽²⁾ = 0,003*
Sem déficit cognitivo	13	54,2	4	14,8	17	33,3	
• Índice de Katz							
Independência	2	8,3	-	-	2	3,9	p ⁽¹⁾ = 0,247
Dependente em 1 tarefa	4	16,7	2	7,4	6	11,8	
Dependente em 2 tarefas	2	8,3	1	3,7	3	5,9	
Dependente em 3 tarefas	2	8,3	1	3,7	3	5,9	
Dependente em 4 tarefas	1	4,2	2	7,4	3	5,9	
Dependente em 5 tarefas	4	16,7	2	7,4	6	11,8	
Dependente em 6 tarefas	9	37,5	19	70,4	28	54,9	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1): Através do teste Exato de Fisher. (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

De acordo com a Tabela 4, as pessoas com 80 anos ou mais representaram o grupo mais comprometido na capacidade funcional, influenciando o percentual total em todas as variáveis: limitação física, estado cognitivo e independência funcional para AVD. No que concerne à limitação física e independência funcional para AVD pelo índice de Katz (LINO et al., 2008.), verifica-se, na totalidade, que 46 (90,2%) idosos tinham grande dificuldade para deambular ou não conseguiam fazê-lo (33,3% x 56,9%), e pouco mais da metade deles - 28 (54,9%) - eram totalmente dependentes para as AVD (seis tarefas). Quanto ao estado cognitivo, segundo o Miniexame do estado mental (MEEM), no qual se optou pelos escores sugeridos por Bertolucci et al. (1994), foi observada uma associação significativa ($p < 0,05$) com a faixa etária, uma vez que o número de idosos com déficit cognitivo foi bem maior entre aqueles com 80 anos ou mais (85,2%).

Tabela 5 - Avaliação da limitação física e do estado cognitivo segundo o Índice de Katz. João Pessoa-PB, 2011

Variáveis	Índice de Katz ⁽¹⁾								Grupo Total	Valor de p	
	0		1 a 2		3 a 4		5 a 6				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
TOTAL	2	100,0	9	100,0	6	100,0	34	100,0	51	100,0	
• Limitação Física											
Pequena dificuldade para deambular	1	50,0	1	11,1	-	-	3	8,8	5	9,8	$p^{(2)} = 0,013^*$
Grande dificuldade para deambular	-	-	6	66,7	4	66,7	7	20,6	17	33,3	
Não consegue deambular	1	50,0	2	22,2	2	33,3	24	70,6	29	56,9	
• Estado cognitivo											
Com déficit	-	-	4	44,4	1	16,7	29	85,3	34	66,7	$p^{(2)} < 0,001^*$
Sem déficit	2	100,0	5	55,6	5	83,3	5	14,7	17	33,3	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): índice de Katz: **0** = Independência; **1 a 2** = Dependente em 1 a 2 tarefas; **3 a 4** = Dependente em 3 a 4 tarefas;

5 a 6 = Dependente em 5 a 6 tarefas.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Os resultados das análises bivariadas das associações entre limitação física e índice de Katz, assim como a relação entre estado cognitivo e índice de Katz (Tabela 5), mostraram-se significativos ($p < 0,05$), porquanto, para a primeira associação, o percentual de idosos dependentes em cinco a seis tarefas foi mais elevado entre os que não conseguiam deambular (70,6%). Já para o estado cognitivo e o índice de Katz, dos 34 idosos dependentes em cinco a seis tarefas, a maioria, 29 (85,3%) - apresentava déficit cognitivo.

Também foi possível averiguar uma relação entre a independência funcional dos idosos e a presença do cuidador. Assim, verificou-se que as pessoas dependentes de três a seis tarefas foram correspondentemente maioria entre os idosos que dispunham de cuidador do que entre aqueles que não tinham (88,6% x 14,3%), e o oposto ocorreu com os idosos independentes e dependentes em uma a duas tarefas, em que a quase totalidade (85,8%) não tinha cuidador.

5.4 Risco de Úlcera por Pressão pela Escala de Braden

Seguindo o propósito do estudo, procedeu-se com a avaliação de risco para UPP entre os idosos através da Escala de Braden, em que foram encontrados 25 idosos (49%) com algum nível de risco para UPP (Tabela 6).

Tabela 6 - Escores de risco para UPP da Escala de Braden, segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2011

Escore de risco para UPP	Faixa etária				Grupo total		Valor de p
	60 a 79 anos		80 anos ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	24	100,0	27	100,0	51	100,0	
Risco moderado / Alto risco (13-14; 10-12)	-	-	2	7,4	2	3,9	p ⁽¹⁾ = 0,170
Em risco (15 a 18)	9	37,5	14	51,9	23	45,1	
Sem risco (>= 19)	15	62,5	11	40,7	26	51,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 6, apresentam-se os escores de risco avaliados segundo a faixa etária. É possível visualizar diferenças percentuais nas duas faixas etárias, haja vista que a maior parte dos idosos classificados em algum nível de risco foram as pessoas de 80 anos ou mais (16; 59,3%) contra nove idosos (37,5%) de 60 a 79 anos.

Em relação às subescalas de Braden, a Tabela 7 apresenta os subescores de risco para UPP identificados na referida escala.

Tabela 7 - Distribuição em frequências das subescalas de Braden. João Pessoa-PB, 2011

Subescalas	n	%
• Percepção sensorial		
Muito limitada	1	2,0
Ligeiramente limitada	5	9,8
Nenhuma limitação	45	88,2
• Umidade		
Pele constantemente úmida	1	2,0
Pele muito úmida	2	3,9
Pele ocasionalmente úmida	20	39,2
Pele raramente úmida	28	54,9
• Atividade		
Acamado	4	7,8
Sentado	27	52,9
Anda ocasionalmente	12	23,5
Anda frequentemente	8	15,7
• Mobilidade		
Completamente limitada	1	2,0
Muito limitada	12	23,5
Ligeiramente limitada	23	45,1
Nenhuma limitação	15	29,4
• Nutrição		
Provavelmente inadequada	4	7,8
Adequada	12	23,5
Excelente	35	68,6
• Fricção e força de cisalhamento		
Problema potencial	27	52,9
Nenhum problema	24	47,1
TOTAL	51	100,0

Nas subescalas umidade, atividade, mobilidade, fricção e força de cisalhamento, houve menores subescores de risco e mais exposição da pele e dos tecidos à pressão contínua e duradoura, segundo as subescalas atividade e mobilidade, e menos tolerância da pele e dos tecidos à pressão, no caso da exposição à umidade, fricção e forças de cisalhamento.

Durante a análise estatística foram realizados cruzamentos bivariados entre os escores de risco para UPP da Escala de Braden e algumas variáveis como faixa etária, sexo, raça/cor, número de internações nos últimos 12 meses, número de medicamentos em uso e tipo de medicamentos. No entanto, para a margem de erro considerada (5,0%), não foram identificadas associações significativas ($p > 0,05$). Já na correlação entre doenças e risco para UPP, a *incontinência urinária* foi a única variável com associação significativa ao risco de UPP ($p < 0,001$), pois os idosos com algum nível de risco foram correspondentemente maioria no grupo que tinham

incontinência urinária do que entre os que não tinham (86,4% x 13,6%), e o percentual sem risco foi maior entre os idosos que não tinham esse problema (79,3% x 13,6%).

Na avaliação da pele dos idosos, identificou-se uma prevalência de 7,8% de UPP, equivalente a quatro pessoas. Também foi possível investigar a história de UPP prévia, em que 16 idosos (31,4%) desenvolveram anteriormente a lesão. Sendo verificado, através da estatística descritiva, segundo os escores totais da Escala de Braden, que a maioria dos idosos que apresentavam UPP e aqueles com história de UPP prévia, foram classificados em risco para a lesão. No entanto, os achados chamaram a atenção para a variável UPP prévia, pois, dos 16 idosos que haviam apresentado a lesão anteriormente, 14 foram classificados em risco para UPP, um apresentava risco moderado e apenas um idoso foi classificado sem risco pela escala. Também, vale destacar que, dentre os idosos com história de UPP prévia, três foram identificados com UPP na ocasião da pesquisa.

Embora a maior parcela, 34 pesquisados (66,7%) não tenham apresentado UPP durante a pesquisa ou anteriormente, desses foram classificados nove idosos (39,1%) em risco para UPP e um caso apresentava alto risco para UPP.

Ainda sobre a presença da lesão, ao detectar-se UPP na pele do idoso, avaliava-se o seu estágio, medida e localização, sendo considerado o estadiamento preconizado pelo NPUAP (2007). Foi identificada uma média de duas lesões por pessoa, ou seja, o somatório do número de feridas entre os quatro idosos com UPP totalizou sete lesões. As regiões anatômicas que desenvolveram as lesões foram: crista ilíaca, glúteo, cócix, isquiática, maleolar, e calcâneo. Para os estágios das UPP, quatro lesões foram no estágio I, duas no estágio III e uma ferida estava em processo de cicatrização (epitelização). Em relação à dimensão da ferida, suas áreas variaram de 1cm² a 6 cm², sendo que três lesões possuíam 1cm².

5.5 Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos com Limitação Física e o Risco de Úlcera por Pressão

Considerando que foram identificados idosos com algum risco de adquirir UPP, segundo a Escala de Braden, a Tabela 9 apresenta associações significativas ($p < 0,05$) entre os escores de risco para UPP com as variáveis: limitação física, estado cognitivo pelo MEEM e independência funcional pela Escala de Katz.

Tabela 8: Associação da limitação física, estado cognitivo e independência funcional segundo os escores da Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2011

Variáveis	Escore da Escala de Braden								Valor de p
	Moderado / Alto risco		Em risco		Sem risco		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Grupo total	2	3,9	23	45,1	26	51,0	51	100,0	
• Limitação Física									
Pequena dificuldade p/ deambular	-	-	-	-	5	100,0	5	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Grande dificuldade p/ deambular	-	-	2	11,8	15	88,2	17	100,0	
Não consegue deambular	2	6,9	21	72,4	6	20,7	29	100,0	
• Estado cognitivo									
Com déficit	2	5,9	20	58,8	12	35,3	34	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,005*
Sem déficit	-	-	3	17,6	14	82,4	17	100,0	
• Escala de Katz									
Independência	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0	p(1) < 0,001*
Dependente em 1 tarefa	-	-	-	-	6	100,0	6	100,0	
Dependente em 2 tarefas	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0	
Dependente em 3 tarefas	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0	
Dependente em 4 tarefas	-	-	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Dependente em 5 tarefas	-	-	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Dependente em 6 tarefas	2	7,1	21	75,0	5	17,9	28	100,0	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Destaca-se, na Tabela 8, que o percentual de idosos classificados em algum nível de risco de desenvolver UPP pela Escala de Braden aumentou à medida que o idoso tinha menos mobilidade física. Assim, entre os 29 idosos que não deambulavam, a maior parcela - 23 (79,3%) - apresentou algum risco de ter UPP na referida escala e ocorreu o contrário com aqueles que têm pequena ou grande dificuldade para deambular, nos quais a presença do risco pela escala foi ausente ou pequena. No entanto, sabe-se que esses últimos não estão isentos quanto à vulnerabilidade em desenvolver UPP, uma vez que isso dependerá de fatores intrínsecos e extrínsecos, bem como do emprego de medidas preventivas contínuas.

Em relação ao estado cognitivo e à presença do risco de adquirir UPP, segundo a Escala de Braden, evidenciou-se um elevado percentual de pessoas com risco entre os idosos com déficit cognitivo (22; 64,7%) em relação aos que não tinham (3; 17,6%).

Quanto à avaliação da independência funcional para as AVD e o risco para UPP, identificou-se que a maioria dos idosos dependentes em seis tarefas (23; 82,1%) apresentava algum nível de risco, diferentemente daqueles independentes ou dependentes de uma a três tarefas, que se classificaram sem risco.

Ressalte-se que os percentuais, em cada atividade da Escala de Katz, foram, respectivamente: *banho* (75% x 7,7%), *vestir-se* (67,6% x 0,0%), *higiene pessoal* e

continência (93,3% x 0,0%), *transferir-se de um lugar para outro* (90% x 0,0%). Para *alimentação*, os percentuais foram 92,9% e 13,3%. Tais achados foram, estatisticamente, significativos.

Foram identificados apenas quatro idosos com UPP, uma prevalência de (7,8%), e através de análises estatísticas, verificou-se uma associação entre a maior dependência funcional para AVD e a presença da lesão.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, partindo do universo de 240 idosos avaliados inicialmente, foram identificados 51 (21,25%) com limitação física, que constituíram a amostra. A prevalência encontrada aproximou-se da observada para a população idosa brasileira, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - de 2003, analisada por Parahyba e Veras (2008), em que, no indicador mobilidade física, 22,7% dos idosos declararam que têm algum grau de dificuldade para caminhar cerca de cem metros – entre os que não conseguem, os que têm grande dificuldade e os que apresentam pequena dificuldade. Por outro lado, não foi possível comparar com a última PNAD, a de 2008, pois não foram incluídos os idosos que não conseguiam deambular e acabaram por considerar apenas aqueles que tinham alguma dificuldade de andar cem metros (27%) (IBGE, 2008).

Quanto ao perfil dos idosos predominaram-se os chamados idosos mais idosos (80 anos ou mais), fato explicado devido à maior ocorrência com o avançar da idade de limitações físicas, e, portanto, constituindo-se critério de inclusão no estudo. Os demais dados demográficos apresentados corroboraram com os obtidos em estudos nacionais realizados (MACIEL; GUERRA, 2007; GIACOMIN *et al.*, 2008; PEDRAZZI *et al.*, 2010). Já a presença do cuidador, no domicílio dos idosos pesquisados, justificou-se pela dependência de cuidados que eles apresentaram, também identificada por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008).

No que diz respeito às condições clínicas dos idosos, a Tabela 2 mostra as doenças crônicas referidas por eles ou por seus cuidadores. Sendo que 80,4% relataram que têm quatro ou mais morbidades. Assim, partindo desses resultados, infere-se que tais condições de saúde contribuem para o declínio funcional de mobilidade física e dependência funcional para a realização das AVD na população estudada. Essa circunstância é confirmada em um estudo de *Alves et al.* (2007), no qual se evidenciou a influência das doenças crônicas sobre a dependência funcional de idosos residentes no município de São Paulo.

A esse respeito, Alves, Leite e Machado (2008, p.1200) referem que

(...) a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, experimentam maior número de condições crônicas. A curto e a longo prazo, o aumento no número de doenças crônicas leva a uma maior prevalência de incapacidade funcional.

Concernente à avaliação da capacidade funcional, os dados da Tabela 4 expressam que foram considerados três parâmetros - limitação física, estado

cognitivo e independência funcional para AVD, evidenciando-se um elevado comprometimento na capacidade funcional dos idosos com 80 anos ou mais, como limitação física mais acentuada, déficit cognitivo e maior nível de dependência para AVD, situação também comprovada em pesquisas anteriores (MACIEL; GUERRA, 2007; GIACOMIN *et al.*, 2008; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

As análises bivariadas da Tabela 4 confirmam as associações diretamente proporcionais entre o declínio funcional de mobilidade física (limitação física) e a maior dependência para as AVD entre os idosos, igualmente, aqueles com desempenho cognitivo comprometido apresentaram-se mais dependentes. Nesta última correlação observa-se que alguns idosos sem déficit cognitivo, já apresentavam certo nível de dependência para as AVDs. Para essa circunstância, alguns autores (SUH *et al.*, 2004) referem que, nos danos cognitivos leves, as perdas são detectadas, prioritariamente, nas AVDs, não mensuradas neste estudo. Assim, a realização das AVD, avaliadas pelo Índice de Katz, somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados. Tais correlações convergem com diversos estudos nacionais (TALMELLI *et al.*, 2010; MACIEL; GUERRA, 2007; GIACOMIN *et al.*, 2008).

Um estudo internacional mostrou que, quando um indivíduo envelhece, alguns sistemas orgânicos experimentam um declínio de função e é comum associá-lo ao processo de envelhecimento. Mas, apesar de essas alterações pouco influenciarem nas necessidades diárias da maioria dos idosos, agravos à saúde que ocorram nos sistemas sensorial, neurológico e músculo-esquelético podem colocar certos indivíduos em risco de desenvolver alguma restrição funcional (STEFFEN; HACKER; MOLLINGER, 2002).

Foi possível averiguar que quase metade (49%) dos idosos pesquisados estavam classificados em algum nível de risco de desenvolver UPP, segundo a escala de Braden. No entanto, vale salientar que as pessoas não classificadas com risco devem ser acompanhadas quanto à presença de outros fatores, internos ou externos, uma vez que a própria idade avançada e as condições clínicas, verificadas nesta e em outras pesquisas (SOUZA, 2005; LISBOA, 2010), principalmente a incontinência urinária, denunciam a susceptibilidade dessas pessoas quanto à formação de lesões na pele. Destaca-se que, apesar de não ter havido diferença estatisticamente significativa entre os idosos com risco para UPP e aqueles sem risco em relação à medicação utilizada, autores descrevem que o uso de

neurolépticos ou psicotrópicos pode ocasionar sonolência, conseqüentemente diminuição de atividade, mobilidade e ingestão de alimentos, além de contribuir para incontinência urinária. Deste modo, o uso destes medicamentos pode diminuir nestes usuários a sensação da necessidade de mudança de posição (DEALEY, 2008).

Entre as subescalas de risco para UPP, destaca-se que os menores subescores de risco foram identificados nas subescalas umidade, atividade, mobilidade, fricção e força de cisalhamento, apontando limitações funcionais dos idosos estudados, especialmente motora, tornando-os vulneráveis a perda de integridade da pele, o que corrobora com estudos já realizados na comunidade (CHAYAMITI, 2008; BEZERRA, 2010).

A prevalência encontrada para UPP no domicílio foi baixa, apenas quatro idosos (7,8%), quando comparado aos achados de outras pesquisas nacionais (CHAYAMITI, 2008; BEZERRA, 2010). Mas, o que chamou a atenção foi que 16 pessoas (31,4%) têm história de UPP prévia, situação que reforça a exposição do idoso a uma possível recidiva, como foi o caso de três deles. Esse achado foi comprovado em pesquisa realizada em ILPs, na qual a autora afirma que os idosos com história de UPP anterior têm 2,76 vezes mais chance de desenvolver a lesão, comparando-se com aqueles sem histórico (SOUZA, 2005). Referente à avaliação da lesão, de uma maneira geral, a maioria das UPP estava em estágio inicial, localizadas nas regiões de proeminências ósseas já citadas em diversos estudos.

Observaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre os escores de risco para UPP da escala de Braden e as variáveis limitação física, estado cognitivo e nível de independência funcional para AVD. Algumas categorias dessas variáveis coincidem com algumas subescalas da Escala de Braden, reforçando a correlação. Portanto, verificou-se que, quanto maior o comprometimento da mobilidade física, maior foi o número de idosos com algum risco na Escala de Braden para a formação de lesão na pele, condição consensual e descrita em estudos (DEALEY, 2008; EPUAP; NPUAP, 2009; PASSOS; SADIGUSKI; CARVALHO, 2010). Na mesma direção, as perdas cognitivas, geralmente determinadas pelo avançar da própria idade e pelas doenças de base, como as cardiovasculares, as neurológicas e as degenerativas, implicam vários fatores, desde a inabilidade de autocuidado, até as perdas sensitivas e de mobilidade física que, juntas, predispõem a pessoa ao risco de UPP (DEALEY,

2008), portanto a presença de déficit cognitivo e a classificação de risco para UPP da Escala de Braden estão correlacionadas.

Avaliando-se o nível de independência funcional para a realização de AVD e o risco de UPP, as associações foram significativas, tanto para o escore total de Katz quanto para cada nível de atividade, demonstrando-se que o aumento da dependência para a realização de AVD está diretamente relacionado ao decréscimo no escore da escala de Braden. Dessa forma, quanto maior o nível de dependência para a realização das atividades, conforme encontrado no estudo, maior o risco para o desenvolvimento de UPP. Esse resultado também é confirmado por Lisboa (2010) e Faustino (2008).

Da mesma forma, no estudo atual e em outros nacionais e internacionais (GAMARRA-SAMANIEGO, 2001; DAMIÁNA *et al.*, 2004; NG *et al.*, 2007; RABEH; CALIRI; HAAS, 2009; LISBOA, 2010), a maior dependência funcional para AVD contribuiu para a presença de UPP.

7 CONCLUSÃO

Entendemos, a partir dos resultados encontrados, que diversos fatores agiram sinergicamente para o risco da lesão no idoso, entre eles, o próprio envelhecimento biológico, aspectos sociais e econômicos, condições clínicas (que envolvem comportamentos, doença de base, estado mental, medicação), nível de atividade e mobilidade física, dependência funcional para o autocuidado, educação para o cuidado preventivo, e história de UPP anterior. Assim sendo, detectar indivíduos com indicativos de incapacidade funcional e risco para UPP permite a intervenção precoce, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida, reduz a morbidade e até mesmo a mortalidade nessa população.

Nesse contexto, acompanhar o processo de envelhecimento dos nossos idosos é responsabilidade da sociedade, dos gestores, e dos profissionais da área de saúde, a fim de cumprirem o que está escrito nas diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que preconiza a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças e agravos, como o citado em nosso estudo, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que tenham sua capacidade funcional restrita (BRASIL, 2006).

Portanto, espera-se com este estudo contribuir com as políticas públicas, de modo a sensibilizar nossos gestores para essa problemática, e preparar nossos profissionais para atuarem na avaliação da capacidade funcional dos idosos e na inclusão de escalas de avaliação da independência funcional, como a Escala de Katz, e de avaliação de risco para UPP, como a Escala de Braden, como parte das estratégias preventivas para evitar ou minimizar a ocorrência dessas lesões de pele no domicílio.

Deste modo, os achados apontam a necessidade de uma melhor atuação das Equipes de Saúde da Família e serviços de atendimento domiciliares, no que concerne ao reconhecimento das condições de vida e de saúde dos idosos, acompanhamento da funcionalidade do idoso e prevenção de agravos, como as UPPs e suas complicações. Adicionalmente, compete ao enfermeiro, enquanto membro da equipe interdisciplinar da atenção primária e também principal responsável na prevenção de feridas, planejar e implementar ações que envolvam e valorizem um novo elemento para a promoção da saúde – o cuidador, que, através de capacitação técnica e desempenho de atividades de menor complexidade, como

manutenção da higiene e mobilização no leito, poderá atuar eficazmente na minimização dos riscos de UPPs.

Igualmente, como enfermeiras da área de feridas, esperamos ter contribuído para o despertar de uma melhor atuação da Enfermagem, pois esta é co-responsável no atendimento domiciliário ao idoso, de modo a interagir com familiares e/ou cuidadores, para criar ambientes favoráveis à promoção da saúde, à prevenção e à reabilitação de agravos. Também acreditamos no papel da academia, através da formação de profissionais com competência para manter a capacidade funcional dos usuários ou para proteger os que são dependentes de cuidados contra agravos como a UPP, além do desenvolvimento de pesquisas, cujos resultados beneficiem à sociedade, em especial a população idosa, uma vez que o envelhecimento populacional é uma realidade em processo no Brasil.

Tendo em vista o escasso número de estudos que avaliam a capacidade funcional dos idosos e o risco para UPP no âmbito domiciliar, sugerimos que pesquisas futuras sejam realizadas para suprir as limitações impostas neste estudo em decorrência do tempo, e que possam contribuir substancialmente na compreensão de outros aspectos relacionados ao risco de UPP nos idosos, como as condições nutricionais, de modo que acompanhem os idosos para avaliar com mais precisão o comportamento do risco para o desenvolvimento de UPP.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v.23, n.8, p. 1924-930. 2007.

ALVES, L.C; LEITE, J.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1199-1207. 2008.

ALVES, L.C; LEITE, J.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saude Pública**, v.44, n.3, p.2-11. 2010.

AMENDOLA, F; OLIVEIRA M.A.C.; ALVARENGA M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17 n.2, p 266-72. Abr-jun, 2008.

AMDA, American Medical Directors Association. **Pressure ulcers in the long-term care setting**. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2008. 44p. Disponível em: <<http://www.guideline.gov>>. Acesso em: 1 jun. 2011.

AAWC, Association for the Advancement of Wound Care. **Association for the Advancement of Wound Care guideline of pressure ulcer guidelines**. Malvern (PA): Association for the Advancement of Wound Care (AAWC); 2010. 14p. Disponível em: <<http://www.guideline.gov>>. Acesso em: 1 jun. 2011.

AYELLO, E.A. Predicting pressure ulcer risk. **Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults**. New York, n. 5, revised 2007. Disponível em: <www.hartfordign.org/publications/trythis>. Acesso em: 20 mai. 2010.

BERGSTROM, N.; ALLMAN, R.M.; CARLSON, C.E. et al. **Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention**. Clinical Practice Guideline. Quick reference Guide for Clinicians, nº 3. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPH Publication nº 92-0050, May 1992.

BERGSTROM, N. et al. Prediction pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. **Nurs. Res., Chapel Hill, NC**, v.47, n.5, p.261-9.1998.

BERGSTROM, N.; BRADEN, B.; LAGUZZA, A.; HOLMAN, A. The Braden scale for predicting pressure sore risk. **Nur. Res., New York**, v.36, n.4, p. 205-210, Jul/Ago. 1987.

BERMARK, S. et al. Six prevalence studies for pressure ulcers. **EWMA Journal, Frederiksberg C**, v.10, n.2, p.36-44. Maio/2010. Disponível em: <http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/Journal_2_2010_WEB.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2011.

BERTOLUCCI, P.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPASSI, S.R.; JULIANO, I.O. **Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade**. Arq Neuropsiquiatr, v.52, n.1, p. 1-7. 1994.

BEZERRA, S.M.G. **Prevalência de úlceras por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados no domicílio**. 2010. 106p. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí.

BRADEN, B.J.; BERGSTROM, N.A. A conceptual scheme for the study of the etiology of pressure sores. **Rehab Nurs**, v.12, n.1, p. 8-12. January-February 1987.

BRADEN, B.J. BERGSTROM, N. Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. **Decubitus**, v.2, n.3, p.44-51.1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução do Conselho Nacional de Saúde- CNS 196/1996. Brasília: MS; 1996

_____. **Portaria nº 2.528** de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

_____. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Suplemento de Saúde da PNAD 2008**. São Paulo: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. São Paulo: IBGE; 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 23 jul. 2011.

BRYANT, R.; SHANNON, M.L.; PIEPER, B.; BRADEN, B.J.; MORRIS, D.J. Pressure Ulcers In: **Acute and Chronic Wounds-nursing management**. 2 ed. St Lous: Mosby,2000. p105-144.

CARDOSO, J.R.S. et al. Prevalence of Pressure Ulcers in a Brazilian Hospital: results of a cross-sectional study. **Ostomy Wound Management**, Malvern- PA, v. 56, n.10, p.52-57. 2010.

CHACON, J.M.F.; BLANES, L.; HOCHMAN, B.; FERREIRA, L.M. **Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo**. São Paulo Med J. 2009;127(4):211–215.

CHAYAMITI, M.P.C. **Prevalência de úlcera por pressão em assistência domiciliária em um distrito de saúde de Ribeirão Preto, 2008**. 135p [Dissertação de mestrado] apresentado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP.

COSTA ,E.C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.1, p. 43-35. 2006.

DAMIÁNA, J.; ALDERRAMA-GAMA, E.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO,F.; MARTÍN-MORENO, J.M. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. **Gac Sanit**, v.18, n.4, p. 268-74. 2004.

DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras**. Tradução Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. 3 ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008, p.121-168.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc.Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.317-325. 2007.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Pressure Ulcer Prevalence Monitoring Project. **European Pressure Ulcer Advisory Panel**, v.4, n.2, p.49-56. 2002.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick**

reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

FAUSTINO, A.M. **Úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e de fêmur**. Ribeirão Preto, 2008, 131p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

FERNANDES L.M. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, **Dissertação de mestrado** apresentado a Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, departamento de Enfermagem Geral especializada, 2000. 168p.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados-uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 25-31. 2000.

FERNANDES, L.M.; CALIR, M.H.L.; HAAS, V.J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.2, p. 305-11. 2008.

FERNANDES, L.M.; CALIR, M.H.L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.6, p. 973-8. 2008.

FERREIRA, P.C.S.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES,R.A.P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p. 29-35. 2011.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.**, v.12, p. 189-98. 1975.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.645-647.

GAMARRA-SAMANIEGO, P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano: consequences of the hospitalization in the old one. **Rev. Soc. Peru. Med. Interna**, v.14,n.2, p. 90-98. 2001.

GIACOMIN, K.; PEIXOTO, S.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.6, p. 1260-70. 2008.

GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M.B.B. Úlcera por Pressão. In: BORGES, E.L. et al. **Feridas: como tratar**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p.189-223.

GOMES, F.S.L.; BASTOS, M.A.R.; MATOZINHOS, F.P.; TEMPONI, H.R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Factors associated to pressure ulcers in patients at Adult Intensive Care Units. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.4, p.1065-71. 2010.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. Trad. DUCAN, M.S. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.128-129.

HUNTER, S.M. et al. **Pressure ulcer prevalence and incidence in a rehabilitation hospital**. *Rehabilitation Nursing*, v.17, n.5, p.231-42. 1992.

HOPKINS, B. et al. Reducing nosocomial pressure in a acute care facility. **J.Nurs. Care Quality**, v.14, n.3, p.28-36. 2000.

ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement. **Pressure ulcer prevention and treatment**. Health care protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Apr. 69 p. Disponível em: <<http://www.guideline.gov>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p. 914-9. 1963.

LEAL, P.S. Úlceras por Pressão: avaliação pela escala de Braden em pacientes institucionalizados. 2005. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Univap.

LISBOA, C.R. **Risco para úlcera por pressão em idosos Institucionalizados. Belo Horizonte, 2010, 121p**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S.T.R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.103-112. 2008.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p. 712-9. 2006.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.10, n.2, p. 178-89. 2007.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.G.M.; LEITE, R.C.B.O. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.18, n.4, p. 422-426. 2005.

MINOSSO, J.S.M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R. M.; OLIVEIRA, M. A.C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.2, p. 218-23. 2010.

NGC, NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE. **Guideline synthesis**: Prevention of pressure ulcers. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [Web site]. Rockville (MD): 2006 Dec (revised 2011 Jan). Disponível em: <<http://www.guideline.gov>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

NG, Y.S.; JUNG, H, T.A.Y.; SS, BOK, C.W.; CHIONG, Y.; LIM, P.A. Results from a prospective acute inpatient rehabilitation database: clinical characteristics and functional outcomes using the Functional Independence Measure. **Ann Acad Med Singapore**, v.36, n.1, p. 3-10. 2007.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP. **Update Staging System**: Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP, 2007. Disponível em <www.npuap.org>. Acesso em: 05/10/2010.

OLIVEIRA, D.L.C.; GORETTI, L.C.; PEREIRA, L.S.M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev Bras Fisioter**, v.10, n.1, p. 91-96. 2006.

PAPALÉO NETO, M. Ciência do Envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: _____. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p.29.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p. 1257-1264. 2008.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação do risco de úlcera de pressão por meio da escala de Branden na língua Portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. especial, p. 191-206. 1999.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PASSOS, S.S.S.; SADIGUSKI, D.; CARVALHO, E.S.S. Promoção da Integridade da Pele do Paciente com Dependência à Mobilidade: discurso de uma equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v.4, n.3, p. 160-68. 2010.

PEDRAZZI, EC, DELLA MOTTA, T.T.; VENDRÚSCOLO, T.R.P.; FABRÍCIO-WEHBE S.C.C.; CRUZ, I.R.; RODRIGUES, R.A.P. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1,[08 telas]. 2010.

PEREIRA M. G, **Epidemiologia Teoria e prática**. 10^a reimpressão: Brasília: Guanabara Koogan: 2006.

PINTO, R.C.T. **Ocorrências de úlcera por pressão em idosos hospitalizados**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção a Saúde. **Atenção Domiciliar**: relatório de pesquisa. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.

RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.L.; HAAS, V.J. **Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinhal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma**. **Acta fisiatr**, v.16, n.4, p. 173 – 178. 2009.

RNAO, Registered Nurses Association of Ontario. **Risk assessment & prevention of pressure ulcers** [Internet]. Toronto (CA): RNAO; 2005 80 p. Disponível em: <http://www.rnao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2011.

ROGENSKI, N.M.B.; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência das úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, v.13, n.4, p. 474-80. 2005.

ROSA, T.E.C; et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p. 40-48. 2003.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A.Y. Diagnosis interventions on elderly inpatients. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.4, p. 495-8. 2007.

SCHUE, R.M.; LANGEMO, D.K. Pressure ulcer prevalence and incidence and a modification of the Braden Scale for a rehabilitation unit. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v.25, n.1, p. 36-43.1998.

SIMÃO, C. M. F. **Úlcera por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva e Conformidade das Ações de Enfermagem. 2010.** 135f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP.

SOUZA, D.M.S.T.; SANTOS, V.L.C.G. Úlceras por pressão e envelhecimento. **Rev. Estima**, São Paulo, v.4, n.1, p.36-44, Jan/Mar. 2006.

SOUZA, D.M.S.T. **Incidência de Úlceras por Pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados.** São Paulo, 2005, 119p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

STEFFEN, T.M.; HACKER, T.A.; MOLLINGER, L. Age-and genderrelated test performance in community-dwelling elderly people: six minute walk test, Berg balance scale, timed up & go test and gait speeds. **Phys Ther**, v.82, p. 129-36. 2002.

SUH, G.H.; JU, Y.S.; YEON, B.K.; SHAH A. A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.19,n.9, p. 817-24. 2004.

TAKAHASHI, P.Y.M.D.; CHANDRA, A.M.D; CHA, S.S.M.S. Risk Factors for Pressure Ulceration in an Older Community-Dwelling Population. **Adv Skin Wound Care**, v.24, n.2, p.72-77. 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2011/02000/Risk_Factors_for_Pressure_Ulceration_in_an_Older.8.aspx>. Acesso em: 30 mai. 2011.

TALMELLI, L.F.S.; GRATÃO, A.C.M.; KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p. 933-9. 2010.

THEIN, H.H. et al. Health status utilities and the impact of pressure ulcers in long-term care residents in Ontario. **Qual Life Res, Bethesda**, v.19, n.1, p.81-89. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804787/?tool=pubmed>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554. 2009

WOCN, Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2010 Jun 1. 96 p. (WOCN clinical practice guideline; n. 2). Disponível em: <<http://www.guideline.gov>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Encaminhamento do Idoso para avaliar o risco de Úlcera por Pressão

NQUEST ___ ___ NSET _____ DATA ___/___/___ ENTREV _____

1. Idoso apresenta alguma limitação física segundo as características listadas a seguir?

() SIM () NÃO

Assinale a (s) característica(s) correspondente(s):

- () Deambula sozinho com movimentos lentos (marcha lenta).
- () Deambula com muita dificuldade, permanece maior tempo sentado.
- () Incapaz de percorrer as distâncias necessárias.
- () Necessita de ajuda para se sentar.
- () Necessita de ajuda para se levantar.
- () Deambula auxiliado por pessoa ou andador.
- () Incapaz de transferir-se da cadeira para a cama.
- () Em cadeira de rodas.
- () Não sai da cama (acamado).

Avaliação:

Pequena dificuldade para deambular: deambula sozinho, com movimentos lentos ou marcha lenta.

Grande dificuldade para deambular: deambula com muita dificuldade, ou permanece maior tempo sentado, ou incapaz de percorrer as distâncias necessárias, ou necessita de ajuda para se sentar e/ou levantar, ou deambula auxiliado por pessoa/andador.

Não deambula: incapaz de transferir-se da cadeira para a cama, ou em cadeira de rodas ou não sai da cama (acamado).

APÊNDICE B: Instrumento de avaliação do portador de Úlcera por Pressão

1. Apresenta UPP: Sim () Não ()
2. Número de UPP: uma duas três quatro Mais de quatro: _____
3. Localização: UP1() UP2() UP3() UP4()
 1) occipital 2) escápula 3) dorsal 4) cotovelo 5) sacra 6) isquiática 7) trocanteres 8) crista ilíaca 9) joelho 10) pré-tibial 11) maleolar 12) calcâneos 13) outros _____
4. Estadiamento: UP1() UP2() UP3() UP4()
 1) Estág. I 2) Estág. II 3) Estág. III 4) Estág. IV 5) Coberta por escara/esfacelo
5. Tempo da UPP: UP1() UP2() UP3() UP4()
 1) menos de 1 semana 2) 2 a 3 semanas 3) 1 mês 4) 2 a 3 meses 5) outro: _____
6. Mensuração
 UP1: (Larg. x Comp.) _____ x _____ = _____ cm² Profundidade: _____
 cm
 UP2: (Larg. x Comp.) _____ x _____ = _____ cm² Profundidade: _____
 cm
 UP3: (Larg. x Comp.) _____ x _____ = _____ cm² Profundidade: _____
 cm
 UP4: (Larg. x Comp.) _____ x _____ = _____ cm² Profundidade: _____
 cm
7. Tratamento atual para a UPP:
 UP1:
 UP2:
 UP3:
 UP4:
8. Já teve UPP anteriormente? () Sim* () Não
 * Há quanto tempo atrás? _____.
 * Onde era a localização? _____
 * Qual foi o tempo de cicatrização? _____ dias; _____ meses; _____ anos.
 * Motivo da ocorrência da UPP: _____.

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Prezado(a) Sr.(a) _____

Esta pesquisa é sobre RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS DOMICILIADOS EM JOÃO PESSOA – PB e está sendo desenvolvida por Elizabeth Souza Silva de Aguiar, aluna do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, nível mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares.

O estudo objetiva analisar os fatores de risco para úlcera por pressão apresentados por idosos domiciliados no município de João Pessoa – PB.

Investigar essa situação de saúde justifica-se devido o elevado risco que as pessoas idosas apresentam para desenvolver esse tipo de lesão. Assim, identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para seu desenvolvimento permite aos profissionais utilizarem medidas direcionadas para a prevenção deste problema, e assim, oferecer uma melhor assistência ao idoso e assim contribuir com a melhora da qualidade de vida dessa população.

Vimos por meio desta, convidá-lo(a) a participar deste estudo. Para realizar este trabalho, nós faremos uma entrevista com o(a) senhor(a) e um exame físico geral.

Esta pesquisa tem como benefício trazer informações que ajudarão a planejar ações preventivas para a úlcera por pressão.

O(a) senhor(a) terá total liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa, e se aceitar, poderá desistir a qualquer momento, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo, pois sua participação é voluntária. Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Após seu consentimento, uma cópia deste termo ficará com o(a) senhor(a) e a outra com os pesquisadores.

Agradecendo a sua colaboração, solicitamos a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba
(83) 3216-7248 / 8620-1003

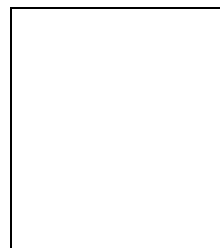
Elizabeth Souza Silva de Aguiar

Enfermeira Mestranda pela Universidade Federal da Paraíba
Av. Silvino Chaves, 481, AP.1502, Manaíra. CEP: 58038-420. João Pessoa/PB.
Fone/Fax: (083)3247-5872 / 88952974.

CONSENTIMENTO: Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Eu li este formulário e recebi as instruções necessárias.

João Pessoa, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Espaço para impressão
dactiloscópica

APÊNDICE D: Fotografias da coleta de dados realizada entre abril e junho de 2011, no município de João Pessoa-PB.



Coleta PROCAD em João Pessoa, 2011



Coleta PROCAD em João Pessoa, 2011



Coleta PROCAD em João Pessoa, 2011



Coleta PROCAD em João Pessoa, 2011



Coleta PROCAD em João Pessoa, 2011



Coleta PROCAD em João Pessoa, 2011

ANEXOS

ANEXO A: Informações Pessoais; Perfil do Idoso e Problemas de Saúde*

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
(1) ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PRÓ-IDOSO**

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nº Questionário: _____

Nº Setor: _____

Município: Ribeirão Preto/SP (1) João Pessoa/Pb (2)

Nome do(a) Entrevistador(a): _____

Data da Entrevista ____/____/____ Início da entrevista: ____h ____min

Nome do(a) idoso(a): _____

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

Endereço: _____ Tel _____

(2) SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade _____(anos completos)

Data de nascimento ____/____/____

A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino

A3) Qual é a cor da sua pele?

(1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR

A4) Local de nascimento (<i>Ver documento se necessário</i>) (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR
A5) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (99) NS/NR
A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) mesmo local (2) mais de um local (99) NS/NR
A7) Há quanto tempo o Sr (a) mora nesta casa? (em anos) _____ (99) NS/NR
A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr (a)? _____
A9) Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (7) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (8) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (10) Somente com os netos (sem filhos) (11) Não familiares (12) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR
A10) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR
A11) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me: (1) O sr.(a) veio morar aqui (2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)? (88) Não se aplica (99) NS/NR
A12) Qual a principal razão pela qual o sr.(a)/ outras pessoas mora(m) aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2) (1) Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais (2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos (3) Estar perto dos serviços de saúde (4) Medo da violência (5) Falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a) (6) Por união conjugal (7) Por separação conjugal (8) Custo da moradia/situação financeira (9) Precisava de cuidado (10) Outro (88) Não se aplica (99) NS/NR
(3) A13) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR
A14) O Sr(r) tem cuidador? (1)Sim (2)Não
A15) Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso (6) Cuidador (7) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR
A16) Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (05) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR
A17) Quando o(a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr.(a) utiliza como primeira opção? (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR

SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL

<p>B1a) O Sr(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR</p> <p>B1b) Escolaridade: Quantos anos você freqüentou a escola? _____ ANOS (Se nenhum, colocar "0")</p>
<p>B2) Qual é a renda mensal em reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR</p>
<p>B3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR</p> <p>B3a) Aposentadoria B3b) Pensão B3c) Aluguel B3d) Trabalho Próprio B3e) Doações (família, amigos, instituições) B3f) Outras _____</p>
<p>B4) No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) sr(a) avalia suas necessidades básicas(alimentação, moradia, saúde, etc) (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR</p>
<p>B5) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR</p>
<p>B6) Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR</p>
<p>B7) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR</p>
<p>B8) O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B8a) Nenhuma B8b) Atividades domésticas B8c) Esporte/ dança B8d) Trabalho voluntário/ comunitário B8e) Trabalho remunerado B8f) Outros: Quais? _____</p>
<p>B9) Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B9a) Nenhuma B9b) Atividades domésticas B9c) Esporte/ dança B9d) Trabalho voluntário/ comunitário B9e) Trabalho remunerado B9f) Outros: Quais? _____</p>
<p>B10) A casa onde mora é: (4) Própria – quitada (2) Paga aluguel (3) Própria - paga prestação (4) Cedida sem aluguel Outros (especifique) _____</p>

SEÇÃO C – PROBLEMAS DE SAÚDE

O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde			
	NÃO	SIM	NS/NR
1) Anemia	0	1	99
D2) Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	99
D3) Artrite (reumatóide/ osteoartrite/artrose)	0	1	99
D4) Asma ou bronquite	0	1	99
D5) Audição prejudicada	0	1	99
D6) Câncer - Qual? _____	0	1	99
D7) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	0	1	99
D8) Diabetes Mellitus	0	1	99
D9) Depressão	0	1	99
D10) Derrame	0	1	99
D11) Doença cardíaca	0	1	99
D12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	99
D13) Doença vascular periférica (varizes)	0	1	99
D14) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	99
D15) Hipertensão arterial	0	1	99
D16) Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	99
D17) Obesidade	0	1	99
(5) D18) OSTEOPOROSE	0	1	99
D19) Prisão de ventre	0	1	99
D20) Problemas de coluna	0	1	99
D21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	99
D22) Outras – Qual? _____	0	1	99

***Fonte:** Membros do NUPEGG – Luciana Kusumota; Idiane Rosset-Cruz; Sueli Marques; Rosalina Rodrigues; Suzele Fabricio-Wehbe; Aline Gratão; Elizandra Pedrazzi, Fabio Schiavetto.

ANEXO B: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*

1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).			
Ano	()acertou	()errou	()Não sabe
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe
2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero)			
Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe
Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe
Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe
3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome) Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas.. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram. Lembrou = 1 Não lembrou = 0 Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?			
Árvore	()conseguiu	()não conseguiu	
Mesa	()conseguiu	()não conseguiu	
Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu	
Número de repetições: _____			
4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero). Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos			
100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe
93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe
86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe
79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe
72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe
Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Soletre a palavra "MUNDO" de trás para frente (não conte como pontuação)			
()acertou	()errou	()Não sabe	
5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.			
Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe
Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe
Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe
6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero). Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)			
Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe
Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe
7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto. NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ			
Conseguiu ()		Não conseguiu ()	

8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

9) Diga ao idoso (a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.

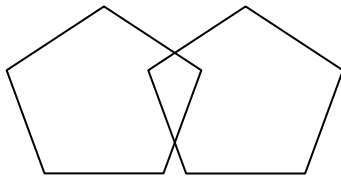
Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe
Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe
Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe

10) Diga ao idoso(a):

O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)? Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)

11) Diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)

Pontuação Final: _____

***Fonte:** Folstein et al. (1975) e validado para a língua portuguesa por Bertolucci et al. (1994)

ANEXO C: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária

(AVD – KATZ)*

Abreviações: I - Independência; A - Dependência parcial; D - Dependência total

I1. BANHO
(1) I: não recebe assistência
(2) A: assistência para uma parte do corpo
(3) D: não toma banho sozinho
I2. VESTUÁRIO
(1) I: veste-se sem assistência
(2) A: assistência para amarrar sapatos
(3) D: assistência para vestir-se
I3. HIGIENE PESSOAL
(1) I: vai ao banheiro sem assistência
(2) A: recebe assistência para ir ao banheiro
(3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
I4. TRANSFERÊNCIA
(1) I: deita, levanta e senta sem assistência
(2) A: deita, levanta e senta com assistência
(3) D: não levanta da cama
I5. CONTINÊNCIA
(1) I: controle esfinteriano completo
(2) A: acidentes ocasionais
(3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente
I6. ALIMENTAÇÃO
(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).

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 (KATZ; AKPOM, 1976).

ANEXO D - Escala de Braden

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	()
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	()
Atividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	()
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	()
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	()
Fricção e forças de cisalhamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição correta na cama ou cadeira.		()

19 pontos (sem risco) ; **15 a 18 pontos** (em risco) ; **13 a 14 pontos** (risco moderado);

10 a 12 pontos (alto risco); **< 9 pontos** (risco muito alto)

Nota: Quanto menor a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera por pressão.

Fonte: Braden *et al.*, (1987). Validada para o português por (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Pontuação total _____

ANEXO E: Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



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

CERTIDÃO

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 4ª Reunião realizada no dia 12/07/2011, o projeto de pesquisa intitulado “RISCO PARA ÚCLERA POR PRESSÃO EM IDOSOS DOMICILIADOS EM JOÃO PESSOA - PB”, da Pesquisadora Elizabeth Souza Silva de Aguiar. Protocolo nº. 0124/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Elizabeth Souza Silva de Aguiar
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB