

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

JACKELINE KÉRCIA DE SOUZA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA
POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

JOÃO PESSOA

2013

JACKELINE KÉRCIA DE SOUZA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR
PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

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 e Saúde, inserida na linha de pesquisa de Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

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

JOÃO PESSOA

2013

JACKELINE KÉRCIA DE SOUZA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR
PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Aprovada em: _____ / _____ / _____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
(Orientadora)

Profº Dr. Gilson de Vasconcelos Torres
(Membro Efetivo – UFRN)

Profª Drª Maria Helena Larcher Caliri
(Membro Suplente – USP)

Profª Drª Marta Mirian Lopes Costa
(Membro Efetivo – UFPB)

Profª Drª Simone Helena dos Santos Oliveira
(Membro Efetivo – UFPB)

JOÃO PESSOA-PB

2013

*Aos idosos institucionalizados que
dividem suas vidas e experiências
com tanto carinho, dedico.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e o despertar para o cuidar, ao ser encontrado na Enfermagem, por iluminar meus caminhos e me acolher nos momentos de angústia e conquistas, por se fazer presente em todos os meus dias. Obrigada por todas as bênçãos concedidas, Senhor.

Aos meus pais, **Wellington e Glória**, e aos meus irmãos, **Jorge e Kellyanne**, que com muita dedicação e amor construíram nossa linda família, a qual se faz alicerce e torna as dificuldades menos árduas, e mesmo com a distância necessária estavam sempre presentes em meus passos e no meu coração.

Ao meu namorado **Paulo**, que me encoraja em cada novo desafio e vibra a cada nova conquista. Pelo seu companheirismo, por tornar a minha vida mais leve e por trilhar comigo nosso caminho.

À minha querida orientadora **Maria Júlia**, exemplo de profissional e pessoa. Pela paciência e carinho sempre concedidos, por acreditar que seria possível a concretização desse trabalho e o novo trilhar dos caminhos que estão por vir.

Aos professores componentes da banca examinadora, **Simone Helena Oliveira, Marta Mirian Lopes Costa, Maria Helena Caliri e Gilson de Vasconcelos Torres**, pela enorme contribuição na finalização deste trabalho, obrigada por todos os ensinamentos compartilhados.

Aos **componentes das instituições de longa permanência para idosos**, diretores, irmãs religiosas, secretários, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores, que desde o primeiro contato me concederam a oportunidade de realizar o trabalho nestas instituições, se prontificaram a colaborar no que fosse necessário e nos acolheram em todos os dias das coletas de dados.

Aos companheiros de coletas de dados, **Elizabeth, Mirian, Danielma, Carla, Eliene, Thárcio, Lícia, Lívia, Liane, Maryjane, Gerlane e Vanessa**, que desenvolveram esta coleta mesmo diante de tantas adversidades e atribuições do dia-a-dia.

Às enfermeiras que participaram da validação do instrumento da coleta de dados, **Elizabeth Aguiar, Alana Tamar, Genilde e Marta Mirian Lopes Costa**, para que assim o mesmo estivesse fortalecido para a concretização da pesquisa.

Às **amigas e aos professores da Pós-graduação em Enfermagem/UFPB**, por dividirem os momentos de aprendizagem e conquistas.

Aos **idosos institucionalizados**, os quais me ensinam enormemente, em todos os dias de convivência.

Meus sinceros agradecimentos a todos que, de alguma forma, contribuíram não apenas para a realização deste trabalho, mas que estiveram presentes em algum momento da minha caminhada.

Muito Obrigada!

RESUMO

RIBEIRO, Jackeline Kércia de Souza Ribeiro. **Avaliação do risco para desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

A úlcera por pressão (UPP), agravo importante encontrado na população idosa institucionalizada, além de aumentar os gastos com os cuidados prestados, tem repercussões relevantes em suas vidas, como o aumento na morbidade e diminuição da qualidade de vida. As pessoas idosas são mais susceptíveis ao desenvolvimento de UPP, em virtude das alterações que ocorrem com o envelhecimento, sobretudo na pele. Este é um estudo transversal, observacional, predominantemente descritivo, de abordagem quantitativa e teve como objetivo geral conhecer a prevalência e os fatores determinantes para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. Foi desenvolvido com 160 idosos, com 60 anos ou mais, residentes em duas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) da cidade de João Pessoa-PB. Os dados foram obtidos através do exame físico, entrevista e análises dos prontuários. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas, e técnicas de estatística inferencial. Os dados coletados foram organizados no Microsoft Excel e exportados para Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0. O levantamento da literatura contemplou artigos científicos nacionais e internacionais, tese e dissertações. A maioria dos idosos era do sexo feminino (67,5%), com média de idade de 81,9 anos, alfabetizados (36,9%), de cor ou raça branca (55%), solteiros (49,4%), aposentados (91,4%), encaminhado às instituições por familiares (45,6%) e utilizavam o SUS para o acesso aos serviços de saúde (56,9%). Houve predomínio de doenças do aparelho circulatório (65,6%) e uso medicamentoso de psicotrópicos (65%). Dentre os fatores de risco, apresentaram significância estatística para a presença de UPP: a dependência de mudança de decúbito ($p<0,001$), incontinência fecal ($p=0,004$) e urinária ($p=0,001$), déficit cognitivo ($p=0,013$) e limitação física ($p=0,030$). A prevalência de UPP nesta população foi de 7,5%, as localizações anatômicas de maior frequências foram as regiões glútea (49,9%) e sacral (25,3%). Houve predomínio de úlceras por pressão em estágio II (68,5%). O escore médio da escala de Braden foi de 18,3 pontos, sendo que 45,6% dos idosos apresentaram risco para desenvolvimento de UPP. Entre os idosos, 71,3% possuíam alguma dependência para atividades de vida diária e 34,4 % foram classificados com risco para desnutrição. Portanto, parte dos idosos institucionalizados apresenta risco para desenvolvimento de UPP, demanda ajuda para tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, se transferir de um lugar a outro e se alimentar, além de encontrarem-se em risco para desnutrição ou desnutridos.

Palavras-chave: idoso, úlcera por pressão, instituição de longa permanência para idosos, enfermagem.

ABSTRACT

RIBEIRO, Jackeline Kércia de Souza Ribeiro. **Evaluation of the risk for development of ulcers by pressure in institutionalized elderlies.** 2013. 106f. Dissertation (Masters in Nursing) – Post-graduation Program in Nursing, Center of Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

A pressure ulcer (PU), important harm found in the institutionalized elderly population, and increases spending on care, has important repercussions in their lives, such as increased morbidity and decreased quality of life. The elderly are more susceptible to developing PU, because of changes that occur with aging, especially in the skin. This is a cross-sectional, observational, descriptive predominantly, quantitative approach and aimed to determine the prevalence and risk factors for the development of pressure ulcers in institutionalized elderly. It was developed with 160 individuals, aged 60 or older, living in two long-stay institutions for the elderly (nursing home) city of João Pessoa. Data were obtained through physical examination, interview and analysis of medical records. The data analyses were obtained distributions absolute percentage unitary and bivariate and inferential statistical techniques. The data collected were organized in Microsoft Excel and exported into Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0. The literature review included national and international scientific articles, thesis and dissertation. Most seniors were female (67.5%) with mean age of 81.9 years old, literate (36.9%), colored or white (55%), single (49.4%) , retired (91.4%), sent to institutions by relatives (45.6%) and used for the SUS access to health services (56.9%). There was a predominance of cardiovascular diseases (65.6%) and use of psychotropic medication (65%). Among the risk factors, showed statistical significance for the presence of PU: dependence on position change ($p<0,001$), fecal ($p=0,004$) and urinary incontinence ($p=0,001$), cognitive impairment ($p=0,013$) and physical limitations ($p=0,030$). The PU prevalence in this population was 7.5%, the anatomical locations of higher frequencies were gluteal region (49.9%) and sacral (25.3%). There was a prevalence of pressure ulcers stage II (68.5%). The mean score of the Braden Scale was 18.3 points, with 45.6% of the elderly were at risk for development of PU. Among seniors, 71.3% had some dependence for activities of daily living and 34.4% were at risk for malnutrition. So much of the institutionalized elderly presents risk for development of PU, demand assistance with bathing, dressing, toileting, transferring from one place to another and feed and is at risk for malnutrition or malnourished.

Keywords: elderly, pressure ulcers, long-term care institution for the elderly, nursing.

RESUMÉN

RIBEIRO, Jackeline Kércia de Souza Ribeiro. **Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión en ancianos institucionalizados**. 2013. 106 septies. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Una úlcera por presión (UPP), agravio importante de calidad encontrados en población anciana institucionalizada, y aumentar el gasto en la atención, tiene repercusiones importantes en sus vidas, como el aumento de la morbilidad y la disminución de la vida. Los ancianos son más susceptibles de desarrollar UPP, debido a los cambios que ocurren con el envejecimiento, especialmente en la piel. Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo predominantemente, cuantitativo y objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en ancianos institucionalizados. Fue desarrollado con 160 individuos, de 60 años o más que residían en dos instituciones de larga estancia para personas mayores (hogares de ancianos) de la ciudad de João Pessoa. Los datos fueron obtenidos a través del examen físico, entrevista y análisis de los registros médicos. En el análisis de datos se obtuvieron distribuciones de porcentaje absoluto uni y técnicas estadísticas bivariadas e inferencial. Los datos recogidos se organizaron en Microsoft Excel y se exportan a paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) 20.0. La revisión de la literatura incluye trabajos científicos nacionales e internacionales, tesis y disertaciones. La mayoría de los adultos mayores del sexo femenino (67,5%) con una edad media de 81,9 años, sabe leer y escribir (36,9%), de color o blanco (55%), solteros (49,4%), jubilados (91,4%), enviados a instituciones de familiares (45,6%) y se utiliza para el acceso a los servicios de salud del SUS (56,9%). Hubo un predominio de las enfermedades cardiovasculares (65,6%) y el uso de medicación psicotrópica (65%). Entre los factores de riesgo, mostró significación estadística de la presencia de UPP: la dependencia de cambio de posición ($p < 0,001$), la incontinencia fecal ($p = 0,004$) y urinaria ($p = 0,001$), deterioro cognitivo ($p = 0,013$) y limitaciones físicas ($p = 0,030$). La prevalencia de UPP en esta población fue del 7,5%, las localizaciones anatómicas de las frecuencias más altas estaban región glútea (49,9%) y el sacro (25,3%). Hubo una prevalencia de presión etapa II úlceras (68,5%). La puntuación media de la escala de Braden fue 18,3 puntos, con un 45,6% de las personas mayores están en riesgo de desarrollar UPP. Entre las personas mayores, el 71,3% tenía alguna dependencia para las actividades de la vida diaria y el 34,4% estaban en riesgo de desnutrición. Así que parte del riesgo institucional presenta mayores para el desarrollo de UPP, asistencia demanda para bañarse, vestirse, ir al baño, pasar de un lugar a otro y de alimentación y está en riesgo de desnutrición o desnutridos.

Palabras clave: anciano, úlceras por presión, instituciones a largo plazo para el cuidado de ancianos, enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

AJ	Altura do Joelho
ASPEN	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
AVD	Atividade de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CB	Circunferência do Braço
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CP	Circunferência da Panturrilha
EIAVD	Escala de Independência em Atividades da Vida Diária
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
GEPEFE	Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IK	Índice de Katz
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
MAN	Mini Avaliação Nutricional
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PCSE	Prega cutânea Subescapular
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPP	Úlceras por Pressão
WOCNS	Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Suspeita de Lesão Tissular Profunda.....	20
Figura 2 - Úlceras por Pressão em Estágio I.....	20
Figura 3 - Úlceras por Pressão em Estágio II.....	21
Figura 4 - Úlceras por Pressão em Estágio III.....	22
Figura 5 - Úlceras por Pressão em Estágio IV.....	22
Figura 6 - Úlceras por Pressão que não podem ser classificadas.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos dados sócio-demográficos dos idosos segundo ILPI. João Pessoa-PB, 2013.....	47
Tabela 2 –	Distribuição dos problemas de saúde por sistemas, apresentados pelos idosos segundo a ILPI. João Pessoa-PB, 2013.....	49
Tabela 3 –	Distribuição dos idosos segundo tipos de medicamentos em uso. João Pessoa-PB, 2013.....	50
Tabela 4 –	Associação entre os fatores de risco e a presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.....	52
Tabela 5 –	Distribuição das UPP dos idosos pesquisados, considerando a localização anatômica e o estágio da UPP. João Pessoa-PB, 2013.....	54
Tabela 6 –	Medidas preventivas para UPP utilizadas pelos idosos institucionalizados segundo a presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.....	55
Tabela 7 –	Associação entre os fatores de risco para UPP e a classificação de risco pela escala de Braden. João Pessoa-PB, 2013.....	56
Tabela 8 –	Medidas preventivas para UPP utilizadas pelos idosos institucionalizados segundo a classificação de risco pela Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2013.....	58
Tabela 9 –	Escore de risco para UPP da Escala de Braden, segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2013.....	59
Tabela 10 –	Escore de risco para UPP da Escala de Braden, segundo a presença ou não de UPP. João Pessoa-PB, 2013.....	60
Tabela 11 –	Distribuição dos idosos segundo avaliação dos domínios da Escala de Braden e presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.....	60
Tabela 12 –	Presença de UPP e histórico de UPP prévia, segundo os escores totais da Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2013.....	62
Tabela 13 –	Ocorrência de UPP, segundo nível de independência para realização das atividades de vida diária. João Pessoa-PB, 2013.....	63
Tabela 14 –	Avaliação do índice de independência funcional para ADV, segundo faixa etária. João Pessoa-PB, 2013.....	64
Tabela 15 –	Escore médio total da escala de Braden, segundo os níveis da escala de Katz. João Pessoa-PB, 2013.....	65
Tabela 16 –	Associação da avaliação nutricional e a presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.....	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 Geral.....	16
1.1.2 Específicos.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 ASPECTOS GERAIS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	19
2.2 ENVELHECIMENTO E ÚLCERA POR PRESSÃO.....	24
2.3 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E ÚLCERA POR PRESSÃO.....	26
2.4 AVALIAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO.....	28
2.4.1 Escala de Braden.....	29
2.5 ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE FUNCIONAL.....	31
2.5.1 Escala De Katz.....	32
2.6 ENVELHECIMENTO, ESTADO NUTRICIONAL E ÚLCERA POR PRESSÃO.....	34
2.6.1 Mini Avaliação Nutricional.....	36
3 METODOLOGIA.....	38
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	39
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	39
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
3.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	43
3.5.1 Treinamento dos observadores.....	44
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4 RESULTADOS.....	46
4.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS IDOSOS PESQUISADOS.....	47
4.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UPP.....	51
4.3 PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM IDOSOS E SUA CARACTERIZAÇÃO.....	53
4.4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	54
4.5 RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PELA ESCALA DE BRADEN.....	56

4.6 AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA ATIVIDADES DE VIDAS DIÁRIAS DOS IDOSOS E ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	62
4.7 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	66
5 DISCUSSÃO.....	67
6 CONCLUSÃO.....	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES.....	92
APÊNDICE A: Instrumento para coleta de dados.....	93
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
ANEXOS.....	99
ANEXO A: Escala de Braden.....	100
ANEXO B: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária.....	101
ANEXO C: Mini Avaliação Nutricional.....	102
ANEXO D: Certidão do Conselho Municipal do Idoso de João Pessoa.....	105
ANEXO E: Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	106

De acordo com as Organizações das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), há um acentuado envelhecimento da população a nível mundial, processo influenciado pela diminuição da mortalidade e da fecundidade associada ao prolongamento da expectativa de vida.

A OMS considera idoso aquele indivíduo com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (BRASIL, 2002). No Brasil, para a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003), idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006).

De acordo com os dados do IBGE (2002), em 1950 havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo e em 1998 este contingente alcançava 579 milhões, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. Esse crescimento também foi expressivo por grupo de idade; o grupo etário de 80 anos ou mais superou os outros, chegando a quase 70%, cerca de 3 milhões de pessoas (IBGE, 2009).

Atualmente no Brasil, a população idosa representa 21 milhões de pessoas, sendo 10,8% da população brasileira (IBGE, 2010a). Segundo Veras (2009), o Brasil é “um jovem país de cabelos brancos”, pois o ritmo de crescimento dessa população tem sido sistemático e consistente.

O aumento da esperança de vida das populações pode ser explicado pelos avanços tecnológicos, aliados aos progressos médicos e, predominantemente, às melhores condições de vida das populações. Costa e Costa (2007) referem que a longevidade eleva a possibilidade de o idoso ser acometido por doenças, acarretando o declínio da capacidade funcional e dependência nas atividades do cotidiano. Acrescido a estes aspectos, o aumento da população idosa e, conseqüentemente, o alto índice de doenças incapacitantes incitam à necessidade de fortalecer as ações de prevenção e de promoção de saúde. Nesse sentido, busca-se qualificar os cuidados e promover a qualidade de vida ao idoso.

No Brasil, a escassez de programas sociais e de saúde voltados para a promoção da independência e para a manutenção do idoso dependente no seu domicílio leva, em muitos casos, à internação precoce em instituições de longa permanência como casas de repouso e asilos, que deveriam ser utilizadas como última alternativa por anciãos muito frágeis e dependentes que não pudessem ser mantidos em seus lares (REIS; CEOLIM, 2007).

No contexto social onde se insere a nova configuração da família, o ritmo de vida imposto pelo mundo capitalista e as dificuldades de ordem financeira da maioria das famílias

brasileiras, têm gerado obstáculos para a manutenção do idoso em seu lar. Além disso, a geração que hoje é responsável por assistir aos mais velhos, sobretudo as mulheres, não está mais tão disponível para a prestação dos cuidados como antes (LISBOA, 2010).

O avançar da idade propicia o estabelecimento de doenças incapacitantes, levando à dependência de cuidados externos, sejam eles provenientes da própria família ou de profissionais promotores do atendimento geriátrico. Assim sendo, na maioria das vezes, o idoso é institucionalizado em condição de grande fragilidade, apresentando a capacidade funcional não preservada para as atividades de vida diária, proveniente de deficiências de mobilidade, de percepção sensorial, controle esfincteriano e deterioração do estado nutricional, dentre outros. Estes aspectos concorrem para tornar os idosos suscetíveis a complicações, como a formação de úlceras por pressão (UPP), foco deste estudo.

Freitas *et al.* (2011) referem que dentre os fatores predisponentes para o desenvolvimento de úlceras por pressão encontram-se as fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele e as condições peculiares de cada idoso cuidado; desse modo podem ocasionar alterações na qualidade de vida dessas pessoas, bem como sequelas advindas do aumento do tempo de imobilidade no leito, demandando planejamento de ações de prevenção, reabilitação e recuperação do idoso.

As UPP são lesões que surgem em resposta à falta de irrigação adequada à pele que recobre a proeminência óssea nas zonas em que foi comprimida, friccionada ou arrastada contra uma cama, uma cadeira de rodas, uma tala ou outra estrutura rígida durante período prolongado. Esses tipos de lesões mais comuns em pacientes acamados representam grande ameaça ao idoso, pois além de causar desconforto, geram uma série de distúrbios ao organismo, como a perda significativa de proteínas orgânicas, fluidos e eletrólitos (GODOY; MOURA; SILVA, 2005).

Segundo pesquisa desenvolvida por Gomes e Magalhães (2008), a prevalência de UPP aumenta com a idade, sendo que 50 a 70% se desenvolvem em pessoas acima de 70 anos. Estudo desenvolvido por Chacon *et al.* (2009) em seis ILPIs de São Paulo, revelou uma prevalência de 10,95% de UPP, enquanto Souza (2005) identificou uma incidência de 39,4% em quatro ILPIs de Minas Gerais.

Além da prevalência das condições crônicas que levam à diminuição da capacidade funcional nos idosos, a própria fisiologia do envelhecimento contribui para elevar o risco para desenvolvimento de UPP. O envelhecimento também afeta todos os estágios da cicatrização, independentemente das comorbidades que, por si mesmas, também interferem no processo de reparação tecidual (SOUZA; SANTOS, 2006). Acrescidos aos aspectos do envelhecimento,

das alterações metabólicas, fisiológicas, anatômicas e psicossociais inerentes à idade, também é relevante à vulnerabilidade dos idosos, o estado nutricional, o qual também interfere substancialmente no surgimento das úlceras por pressão (FELIX; SOUZA, 2009).

Diante da maior vulnerabilidade em desenvolver úlceras por pressão, do crescente aumento da população idosa no Brasil, somados à institucionalização dos idosos, justifica-se a realização da pesquisa nessa população. Sob esse prisma, de acordo com as investigações realizadas na literatura, ainda são poucos os estudos que se preocupam com a realidade nacional do idoso institucionalizado no que concerne à detecção e/ou prevenção de úlceras por pressão.

Neste sentido, a investigação do risco para o desenvolvimento de UPP em idosos institucionalizados torna-se importante, conjuntamente com os cuidados apresentados no cotidiano, a fim de garantir a prevenção desse agravo e a reabilitação da sua saúde, contribuindo para novas práticas de intervenções nessa área, possibilitando a ampliação da produção científica e consequentemente renovação dos conhecimentos.

Ante ao decorrido, mostra-se pertinente e necessário dar respostas aos seguintes questionamentos:

- a) Qual a prevalência de úlceras por pressão entre idosos institucionalizados?
- b) Qual a classificação das UPP desenvolvidas nos idosos institucionalizados?
- c) Quais as medidas utilizadas nas ILPIs para prevenção de úlceras por pressão?
- d) Qual o risco de desenvolvimento de UPP entre idosos institucionalizados?
- e) Qual a dependência desse idoso sobre a realização de Atividades da Vida Diária?
- f) Como se apresenta o estado nutricional desse idoso?

Partindo destes questionamentos, diante da vulnerabilidade do desenvolvimento de UPP pelo idoso institucionalizado, assim como a escassez de pesquisas frente esta população, decidiu-se pela realização deste estudo, propondo os objetivos seguintes.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados.

1.1.2 Específicos

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos idosos institucionalizados;
- Identificar a presença de fatores de risco e sua associação com o desenvolvimento de UPP entre idosos institucionalizados;
- Identificar a prevalência de úlceras por pressão entre idosos em instituições de longa permanência;
- Caracterizar as UPP instaladas quanto à localização, estadiamento e tamanho;
- Identificar as medidas de prevenção de úlceras por pressão realizados pelos cuidadores desses idosos;
- Identificar o escore de risco para UPP em idosos institucionalizados;
- Verificar o nível de independência funcional de idosos institucionalizados;
- Avaliar o estado nutricional apresentado por esses idosos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

A *European Pressure Ulcer Advisory Panel* - EPUAP e *National Pressure Ulcer Advisory Panel* – NPUAP (2009a) conceituam úlcera por pressão como sendo uma área localizada de morte celular de etiologia isquêmica, que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por prolongado período de tempo.

Se não houver alívio da pressão, a oclusão capilar e isquemia tissular levam os tecidos à escassez de oxigênio e nutrição e os restos metabólicos serão acumulados. Os capilares lesados tornam-se mais permeáveis, propiciando a transferência de líquidos para o espaço intersticial, causando edema. Após instalação do edema, há dificuldade na perfusão sanguínea e conseqüentemente, acentua-se o quadro de hipóxia, a inflamação tecidual é intensa, consolidando o início da úlcera de pressão (FERNANDES, 2000).

Vale ressaltar que a UPP pode também ocorrer em períodos considerados curtos, dependendo do paciente, o intervalo de duas horas, ou até menos, pode ser tempo suficiente para o desenvolvimento da lesão (BEZERRA, 2010).

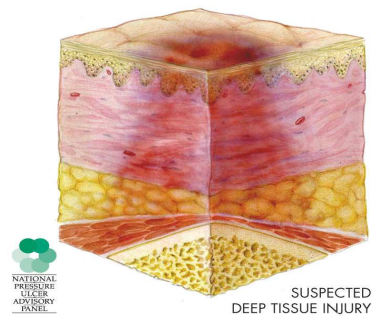
A maioria das UPP ocorrem na metade inferior do corpo. Mais de 95% desenvolvem-se em cinco clássicas localizações: sacra, trocânteres, tuberosidades isquiáticas, calcâneos e maléolos laterais (DEALEY, 2008; GOMES; MAGALHÃES, 2008; PARANHOS, 2003). Embora estas lesões ocorram mais frequentemente em áreas de proeminências ósseas, podem desenvolver-se em qualquer lugar em que haja compressão tissular que cause isquemia e hipóxia.

O NPUAP (2007) redefiniu o conceito de úlcera por pressão e seus estágios, inclusive os quatro estágios originais, e acrescentou mais dois sobre úlceras com lesão tissular profunda e úlceras não passíveis de classificação. Atualmente a classificação das úlceras por pressão é dada como:

Suspeita de lesão tissular profunda (Figura 1), que 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 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. Este 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. Sua evolução pode

ser rápida com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com tratamento adequado (NPUAP, 2007).

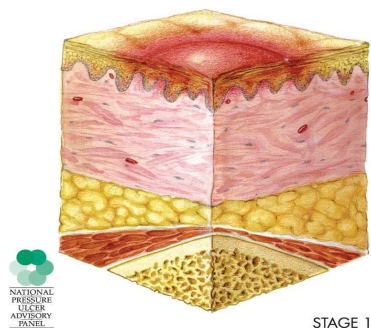
Figura 1 - Suspeita de Lesão Tissular Profunda



Fonte: EPUAP; NPUAP, 2009b

A UPP em estágio I (Figura 2) é caracterizada por pele intacta com presença de hiperemia de uma área localizada que não embranquece após remoção da pressão, geralmente sobre proeminência óssea. A UPP neste estágio em pessoas de pele escura, sua cor pode diferir da pele ao redor, podendo não apresentar embranquecimento visível. A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparando-se com os tecidos adjacentes. Feridas em estágio I podem ser de difícil detecção em pessoas de pele com tonalidades escuras. Pode indicar pessoas “em risco”, sendo, então, um sinal precursor de risco (NPUAP, 2007).

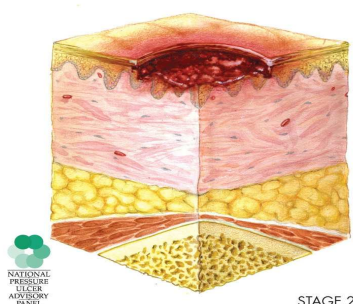
Figura 2 - Úlceras por Pressão em Estágio I



Fonte: EPUAP; NPUAP, 2009b

Estágio II (Figura 3) é quando ocorre a perda parcial da pele envolvendo epiderme, derme ou ambas. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração rosada, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha preenchida com exsudado seroso, intacta ou aberta, isto é, rompida. Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxamento (aspecto de equimose). Se tiver esfacelo ou arroxamento do tecido indicará suspeita de lesão tissular profunda. Este aspecto não deve ser usado para descrever skin tears, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação (NPUAP, 2007).

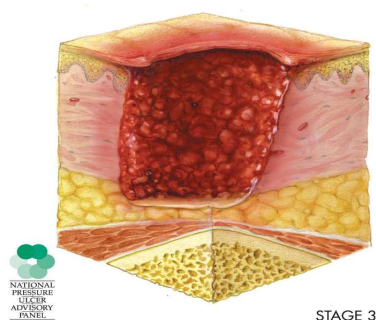
Figura 3 - Úlceras por Pressão em Estágio II



Fonte: EPUAP; NPUAP, 2009b

No estágio III (Figura 4) ocorre a perda de pele na sua espessura total envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo. Pode apresentar aprofundamento, porém músculos, tendões ou ossos não são comprometidos. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis. A profundidade da UPP em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Entretanto, áreas com quantidade significativa de tecido adiposo podem desenvolver UPP em estágio III bastante profundas (NPUAP, 2007).

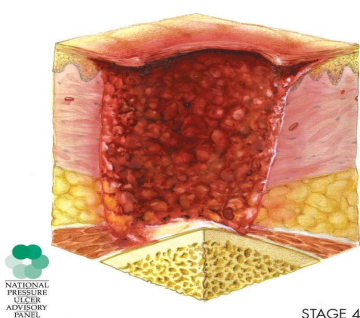
Figura 4 - Úlceras por Pressão em Estágio III



Fonte: EPUAP; NPUAP, 2009b

O estágio IV (Figura 5) envolve a perda de pele na sua espessura total com destruição extensa, danificando músculos, ossos, ou outras estruturas de suporte como tendões ou articulações. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. A profundidade da UPP em estágio IV também varia conforme a localização anatômica. A exposição de osso ou tendão é visível ou diretamente palpável (NPUAP, 2007).

Figura 5 - Úlceras por Pressão em Estágio IV

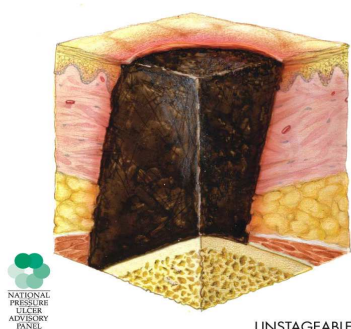


Fonte: EPUAP; NPUAP, 2009b

As úlceras com perda total de tecido, na qual a base é coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão são úlceras que não podem ser classificadas (Figura 6). A classificação só pode ocorrer após o desbridamento das lesões, possibilitando a exposição da base da ferida a fim de identificar a profundidade do dano tecidual. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem

eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal”, e não deve ser removida (NPUAP, 2007).

Figura 6 - Úlceras por Pressão que não podem ser classificadas



Fonte: EPUAP; NPUAP, 2009b

O desenvolvimento de úlceras por pressão está relacionado a fatores extrínsecos e intrínsecos. Dentre os fatores extrínsecos encontra-se a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. A pressão é considerada o fator de maior influência no desenvolvimento de UPP. São considerados como fatores intrínsecos a idade, o estado nutricional, incontinência, hipertermia, anemia, tabagismo, a perfusão tecidual, perda da sensibilidade, diminuição da força muscular ou mobilidade, o uso de alguns medicamentos, doenças crônicas como diabetes mellitus, e doenças cardiovasculares (CREMASCO *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2010; SOUZA; SANTOS, 2007).

Entre as ações essenciais para evitar o desenvolvimento de UPP, tem-se: a mobilização e o (re)posicionamento adequado do paciente a cada duas horas, podendo ser intensificada a mudança de decúbito de acordo com o escore de risco do paciente (Escala de Braden), os cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de creme hidratante, a utilização de colchões que redistribuem a pressão nas proeminências ósseas, a indicação e o monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros (SILVA *et al.*, 2010).

Sabe-se que a prevenção da UPP, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde. Para isto, os enfermeiros desempenham papel fundamental na prevenção das úlceras por pressão, atuando como educadores frente à equipe de enfermagem e multiplicadores de informações na equipe,

necessitando, assim, possuir conhecimentos e habilidades frente a sujeitos suscetíveis ao aparecimento de UPP (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JUNIOR, 2009; CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

A úlcera por pressão é de grande relevância para o cuidado ao idoso, visto que segundo a WOCNS (2010), indivíduos com mais de 65 anos possuem alto risco para o desenvolvimento de UPP. Muitos idosos podem se encontrar na condição de imobilidade, confinado à cama ou cadeira de rodas, com comprometimento da percepção sensorial, incontinentes, além de apresentarem outras características que aumentam sua vulnerabilidade.

2. 2 ENVELHECIMENTO E ÚLCERA POR PRESSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorre modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas com o indivíduo, que determinam a perda progressiva da capacidade de se adaptar e manter-se em equilíbrio com o meio, aumentando sua vulnerabilidade e sua predisposição a desenvolver processos patológicos (PAPALÉO NETO, 2007). É importante considerar que as manifestações relacionadas aos fatores cronológicos e biológicos, trazem consequências em todas as dimensões da vida e da saúde do idoso (LISBOA, 2010).

O processo de envelhecer, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. Se quantificarmos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nesta etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS *et al.*, 2007).

A demanda por cuidados advém das várias alterações fisiológicas que ocorrem com a senescência, com velocidades variáveis e mais ou menos acentuadas, de acordo com as características pessoais. A principal alteração é a diminuição progressiva na capacidade funcional, definida como competência para executar atividades que lhes permitem cuidar de si próprios e viver independentemente em seus meios (COSTA; MONEGO, 2003).

As alterações biofisiológicas observadas no processo de envelhecimento ocorrem em todo o organismo. Resende, Bachion e Araújo (2006) referem que a idade avançada é

acompanhada, além das alterações no turgor da pele, de diminuição da função imunológica. Estes fatores são importantes coadjuvantes para a perda da integridade tissular. À medida que a pessoa envelhece, aumenta o risco de aparecerem lesões no tegumento, já que este se torna mais fino, mais frágil, ocorre perda na camada de gordura subcutânea, diminuição do número, tamanho e secreção das glândulas sudoríparas, a derme se desidrata, perde sua rigidez e elasticidade, somados à redução na vascularização. Estas modificações comprometem a função de barreira, que impede a entrada de microorganismos, bem como a capacidade de recuperação às agressões de toda ordem ao nível da pele, tornando o idoso particularmente vulnerável a várias doenças de pele e a traumatismos diversos.

Além destes aspectos, há uma diminuição da sensibilidade ao tato, pressão, vibração, calor e frio, assim um dos aspectos sistêmicos mais importantes, como co-fator de risco tanto para a lesão como para a sua manutenção é a idade, ao gerar um profundo impacto no funcionamento de todos os sistemas fisiológicos corporais (FREITAS *et al.*, 2002).

Além das alterações corporais dos idosos, mudanças advindas da funcionalidade e autonomia são pertinentes no processo de envelhecimento. Em consonância com esta realidade, estudos populacionais revelam que cerca de 40% das pessoas com 65 anos ou mais requerem algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa (cerca de 10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, mesmo sentar-se e levantar-se da cadeira e da cama (FREITAS, 2006).

Para Martins *et al.* (2007) uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, é a ação educativa para esta parcela da sociedade. Porém, infelizmente, o modelo assistencial, ainda vigente, privilegia as ações curativas, centradas na atenção médica, desconsiderando o papel ativo que o sujeito cuidado pode desempenhar. Gonçalves e Schier (2005) acrescentam que os serviços convencionais de saúde já não atendem a demanda de idosos que reclamam por uma atenção especializada, em qualidade e quantidade.

Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem cuidar do idoso considerando todas as especificidades decorrentes do envelhecimento. É essencial que os profissionais estejam devidamente preparados para prestar assistência ao idoso, pois esta faixa etária apresenta uma instalação muito rápida dos processos patológicos, podendo facilmente converter seu estado de independente para dependente (SANTOS, 2008).

Segundo Gonçalves *et al.* (2006) a situação de cronicidade de problemas de saúde aliada a maior expectativa de vida pode contribuir para o aumento de idosos brasileiros limitados funcionalmente. Além da fragilidade do envelhecimento associada às condições mórbidas como as alterações do estado neurológico e mental, do estado nutricional, da mobilidade, da atividade e continências anal e urinária, caracterizam uma população propensa à formação, recidiva e complicações de UPP (SOUZA; SANTOS, 2006).

A avaliação global do indivíduo é fundamental na administração do cuidado relacionado à UPP, tendo como objetivos fundamentais a identificação dos indivíduos em risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão e o início precoce de programas de prevenção, implementar planos de cuidados apropriados que contenham estratégias para manter a integridade da pele, prevenir complicações e envolver o paciente e o cuidador no auto-cuidado, somados à implementação de estratégias efetivas na prevenção e tratamento de UPP (WOCNS, 2010).

Faz-se necessário re-desenhar o atual modelo de saúde, segundo bases inovadoras de gestão e práticas eficazes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde, de forma a atender às necessidades da população no que concerne à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, nas dimensões individual e coletiva (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Neste contexto Cruz, Caetano e Leite (2010) referem que o Brasil enfrentou e ainda enfrenta dois grandes desafios: a reestruturação de um novo sistema de Saúde e a organização do país frente à crescente demanda gerada pela população idosa. A situação passa a ser mais desafiadora quando pensamos em preparar um sistema de saúde, ainda imaturo, para receber esse contingente que cresce de forma inexorável.

2.3 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E ÚLCERA POR PRESSÃO

A longevidade da população tem determinado importantes repercussões nos campos social e econômico, manifestando-se de forma diferente entre os vários países do mundo. Nos países desenvolvidos, esse processo aconteceu de forma lenta ao longo de mais de cem anos. Já no Brasil, um país ainda em desenvolvimento, esse processo de envelhecimento populacional se caracteriza pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo da população adulta e idosa vem modificando a pirâmide populacional (VERAS, 2001).

O processo acelerado de transição demográfica, vivido atualmente pelo Brasil, se associou, em diversos países, ao aumento da demanda por instituições de longa permanência.

A correlação multicausal entre estrutura etária da população e demanda por ILPI é determinada por seu perfil social e de saúde. Estudos nacionais apontam como motivos para a institucionalização de idosos aqueles relacionados ao caráter socioeconômico (precariedade ou ausência de suporte familiar e social e precariedade de condições financeiras), às condições de saúde (sequelas de doenças crônicas, limitações físicas e cognitivas importantes para o desenvolvimento das atividades de vida diária e necessidade de reabilitação após período de internação hospitalar), e à opção pessoal (AIREZ; PAZ; PEROSA, 2009; WATANABE; GIOVANNI, 2009).

Embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher, tradicional cuidadora, no mercado de trabalho. Isto passa a requerer que o Estado e o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. Diante desse contexto, uma das alternativas de cuidados não-familiares existentes corresponde às instituições de longa permanência para idosos, sejam públicas ou privadas (CAMARANO; KANSO, 2010; SCHARFSTEIN, 2006).

As instituições de longa permanência para idosos são estabelecimentos voltados para o atendimento integral institucional, tendo como público alvo, em nosso meio, as pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições devem proporcionar serviços na área social, médica, psicológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e outras, conforme as necessidades de tal segmento etário (SBGG, 2003).

As instituições para idosos surgiram na época do cristianismo. Habitualmente conhecidos como asilos, do grego *asylon*, que significa o local onde as pessoas sentem-se abrigadas e protegidas contra diversos danos de qualquer natureza, as ILPIs historicamente têm o seu surgimento fundamentado na caridade e num atendimento básico às necessidades de vida, como ter onde se alimentar, se banhar e dormir; destinadas ao amparo aos "sem família, pobres e mentalmente enfermos". A identidade que se manifestou em seu período inicial estava relacionada à caridade, numa perspectiva assistencialista que determinava a homogeneização dos velhos, a percepção da velhice como degeneração e decadência e a infantilização do idoso (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010).

A fragilização encontrada no processo de envelhecimento se constitui em uma síndrome de origem multidimensional envolvendo um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que levam o idoso à um estado maior de vulnerabilidade e ao maior

risco de declínio funcional, quedas, hospitalização e morte (BRASIL, 2007). No entanto faz-se imprescindível a intensificação dos cuidados ofertados e da disponibilidade do cuidador ao atendimento das necessidades do idoso, dificultando a permanência deste último em seu lar.

Mesmo diante da fragilidade do idoso, encontram-se ainda déficit de profissionais enfermeiros em algumas instituições de longa permanência para idosos (LISBOA, 2010). Dificultando o cuidado no que concerne à avaliação global do idoso, definições das necessidades de intervenção, implementação de um plano de cuidados e prevenção de agravos, neste contexto insere-se a prevenção de úlceras por pressão.

Segundo Freitas *et al.* (2011) no idoso institucionalizado, o desenvolvimento de UPP é visto como um indicador negativo da qualidade da assistência de enfermagem. Isto porque a manutenção da integridade da pele é responsabilidade do enfermeiro e de toda a equipe, por serem profissionais aptos para garantir a higiene corporal e bucal, bem como a identificação de fatores possíveis de comprometer a integridade da pele dos idosos residentes em ILPI.

2.4 AVALIAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Vários estudos têm demonstrado que a prevenção é tão importante quanto a identificação do risco em desenvolver UPP. Em vista disso, a criação de escalas e protocolos de prevenção adequada para cada grau de risco se torna importante, assim como a promoção de sua correta implementação (SILVA *et al.*, 2010). Instrumentos como: as Escalas de Norton, Gosnell, Waterlow, Braden permitem identificar os indivíduos com necessidades de medidas preventivas e reconhecer os fatores específicos que os colocam em risco, dando subsídios para a análise e determinação das intervenções mais apropriadas (COSTA; MONEGO, 2003).

Gomes *et al.* (2010) acrescentam que dentre esses instrumentos, a escala de Braden tem sido a mais utilizada e extensivamente testada até o momento na prática clínica, possuindo a melhor definição operacional e demonstrando ter maior sensibilidade e especificidade em relação as demais escalas.

A escala de Braden foi desenvolvida por Bergstrom, Braden, Laguzza e Holdman em 1987, construindo um modelo conceitual no qual apontam fatores determinantes para o desenvolvimento das UPP, envolvendo dois determinantes críticos: intensidade e duração da pressão, e a tolerância da pele e estruturas subjacentes para suportar a pressão. Esta escala teve como objetivo direcionar as ações de enfermagem na prevenção de UPP e diminuir a incidência destas lesões. No Brasil foi traduzida e validada por Paranhos e Santos em 1999,

através de um estudo com pacientes internados em 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 positivo e negativo (PARANHOS; SANTOS, 1999).

2.4.1 Escala de Braden

A Escala de Braden foi construída a partir da fisiopatologia da UPP, considerando os determinantes críticos que medem a intensidade e 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 foi composta por seis parâmetros ou subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Cada parâmetro é acompanhado de um título e cada nível, de um conceito descritor chave e uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados (BERGSTROM *et al.*, 1987; BRADEN; BERGSTROM, 1989).

A subescala percepção sensorial avalia a habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto. Quando se tem alteração da percepção sensorial, não se desenvolve a necessidade da alteração frequente de posição, diminuindo a oxigenação do tecido acometido, aumentando, portanto, o risco para UPP. A não percepção sensorial faz com que este paciente mereça uma melhor atenção, visto que muitas vezes eles são incapazes de comunicar o desconforto, tornando-se mais vulneráveis a desenvolver úlcera por pressão (SILVA *et al.*, 2010). Este subitem apresenta os seguintes escores: completamente limitado: 1; muito limitada: 2; ligeiramente limitado: 3; e nenhuma limitação: 4 (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

A subescala umidade avalia o grau ao qual a pele está exposta à umidade. A umidade da pele pode estar relacionada a alterações do nível de consciência, à sudorese excessiva do paciente, incontínências urinária e fecal, necessitando de grande atenção pela equipe de saúde para detectar e solucionar esse problema, pois a exposição prolongada à umidade pode desencadear maceração da pele e ruptura da mesma. Neste subitem a pele pode apresentar os seguintes escores: pele constantemente úmida: 1; pele muito úmida: 2; pele ocasionalmente úmida: 3; e pele raramente úmida: 4 (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

A subescala Mobilidade é referente às mudanças nas posições do corpo, aliviando a pressão por meio de movimentos. Este subitem apresenta os escores: completamente limitada: 1; muito limitada: 2; ligeiramente limitada: 3; e nenhuma limitação: 4.

A subescala Atividade mede a frequência de saída do leito, tendo como classificação: acamado: 1; sentado: 2; anda ocasionalmente: 3; e anda frequentemente: 4 (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

A subescala Nutrição reflete a ingestão alimentar usual do paciente. O estado nutricional deficiente é um dos primeiros fatores que interferem no aparecimento da UPP, por levar a anemia e uma redução de oxigênio aos tecidos, contribuindo assim para a diminuição da tolerância tissular à pressão (SMELTZER; BARE, 2009). Neste subitem a nutrição pode ser muito pobre: escore 1; provavelmente inadequada: 2; adequada: 3; e excelente: 4 (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999). Faz-se necessário que o enfermeiro e sua equipe entendam seu importante papel de identificar os pacientes desnutridos e também aqueles que apresentam determinadas características sabidamente associadas a problemas nutricionais (DREYER; BRITO, 2003).

A subescala Fricção e Cisalhamento mensura 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. A força de fricção se apresenta quando duas superfícies deslizam uma sobre a outra, o que acontece, frequentemente, durante o manuseio com o paciente, quando esse é arrastado na cama. Suas principais consequências englobam a remoção ou a descamação epitelial, enfraquecendo, assim, a barreira natural da pele, e resultando normalmente, em abrasão ou queimadura de segundo grau, incluindo a formação de bolhas, fator de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. A força de cisalhamento ocorre quando o indivíduo desliza na cama, o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel. O subitem fricção e cisalhamento é classificado como - problema: escore 1; problema potencial: 2; e nenhum problema: 3 (BERGSTROM *et al.*, 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

A pontuação total da escala de Braden pode variar de 6 a 23, sendo que a contagem de menor número de pontos indica que o indivíduo tem maior risco para desenvolver UPP. Portanto, o risco do paciente desenvolver UPP é classificado considerando o somatório dos escores, definindo-os como: sem risco, em risco, risco moderado, risco alto e risco muito elevado, conforme descrito abaixo:

- Sem risco: pacientes com escores acima de 19;
- Em risco: pacientes com escores 15 a 18;

- Risco moderado: pacientes com escores 13 a 14;
- Risco alto ou elevado: pacientes com escores iguais e entre 10 a 12;
- Risco muito elevado: pacientes com escores iguais ou menores que 9.

Nos estudos iniciais foi estabelecido o escore 16, como escore de corte para risco de UPP em adultos e idosos (BERGSTROM *et al.*, 1987) e posteriormente, com base em novos estudos, pacientes com mais de 65 anos com escores 17 e 18 passaram a ser incluídos no grupo “em risco” (BERGSTROM *et al.*, 1998).

Menegon *et al.* (2007) referem que a escala de Braden é a mais bem definida operacionalmente, pois permite a avaliação de vários fatores relacionados à ocorrência de úlceras por pressão e sua aplicação exige do avaliador um exame detalhado das condições do estado do paciente quando comparada às outras escalas utilizadas para avaliação de risco de UPP em pacientes adultos. Segundo Serpa (2006) vários estudos concluíram que a Escala de Braden tem elevados níveis de sensibilidade e especificidade, e é um ótimo preditor para as UPP. Ayello (2007) acrescenta que esta escala é mais comumente usada em adultos mais velhos comprometidos clinicamente e cognitivamente, tendo sido usada extensivamente em cuidados agudos, domiciliar e institucional como as ILPI.

Para Aguiar (2011) na utilização da escala de Braden, o enfermeiro deve considerar não apenas a classificação quanto a presença ou ausência de risco, mas investigar cada uma das seis subescalas de risco, conforme recomendados pelas idealizadoras, de modo a implementar uma prevenção específica e efetiva para cada tipo de indivíduo. Logo, aliada à história clínica e social do indivíduo, o uso de instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP auxiliam o enfermeiro e os outros profissionais na elaboração dos cuidados.

2.5 ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE FUNCIONAL

À medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do dia a dia, consideradas simples e de fácil execução, de forma imperceptível e progressiva vão tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, até que o indivíduo percebe que já depende de outra pessoa para executá-las (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

Neste sentido, a mobilidade, a qual 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, possuindo como principais causas a fraqueza, rigidez, dor, desequilíbrio e problemas psicológicos. Assim, requerem cuidados pessoais em tempo integral (LISBOA, 2010; OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006; SOUZA, 2005). Essa dependência, no entanto, tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2007).

Para se medir a capacidade funcional, utiliza-se instrumentos padronizados que avaliam o desempenho do idoso nas atividades da vida diária e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (LINO *et al*, 2008). A capacidade funcional é considerada um indicador de saúde dos idosos e a dependência um sinal de falência da habilidade física, psicológica ou social, causada por doença, por uso de medicamentos, por trauma ou pelo processo contínuo do envelhecimento (LISBOA, 2010).

As AVDs, as AIVDs e mobilidade são as medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. As AVDs consistem nas tarefas de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se e se baseiam no índice de Katz. Essa medida reflete um substancial grau de incapacidade. Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as AVDs, mais severa é a sua incapacidade. A prevalência de dificuldade ou necessidade de ajuda em realizar AVDs é inferior à prevalência das demais medidas de incapacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

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 (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos, a partir da mensuração da autonomia dos indivíduos, considerando os aspectos físicos para a realização da AVD (LINO *et al.*, 2008).

2.5.1 Escala de Katz

A Escala de Katz foi construída 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 um nível nacional quanto internacional para avaliar a funcionalidade dos idosos na AVD (LINO *et al.*, 2008).

Em 2008 foi publicada por Lino e colaboradores a adaptação transcultural para o português da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Neste estudo, foram feitas duas traduções e duas retrotraduções que analisaram as equivalências conceituais, de itens e semântica para a escolha da versão final. Um estudo piloto avaliou a equivalência operacional, testando-se a confiabilidade e a consistência interna da versão adaptada por meio de reteste no mesmo dia em 156 pacientes, ou após sete dias da primeira entrevista. A concordância corrigida para o acaso (Kappa ponderado) foi de 0,91 e o alfa de Chronbach variou de 0,80 a 0,92 (LINO *et al.*, 2008), o que mostra que o instrumento tem grau de validade, confiabilidade e consistência interna desejáveis.

Este é um instrumento de medida das atividades de vida diária 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 (DUARTE, ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Cada função possui três alternativas categorizadas como independente ou dependente (LINO *et al.*, 2008).

Nesta escala adaptada foi mantida a pontuação proposta por Katz e Akpom em 1976, a qual é classificada de acordo com os diferentes graus de dependência funcional para cada função, sendo os índices 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 funções; 4 – independente em duas funções e dependente em quatro funções; 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).

A função Tomar banho avalia a capacidade do idoso de banhar-se sem ajuda, seja no chuveiro, na banheira ou no leito. Aqueles indivíduos que recebem auxílio para banhar uma parte do corpo como, por exemplo, as extremidades ou região dorsal, são considerados independentes. Aqueles que recebem ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo ou necessita de ajuda para entrar ou sair do chuveiro ou banheira ou que não são capazes de se banharem sozinhos, são considerados dependentes (LINO *et al.*, 2008).

A função Vestir-se avalia a necessidade de auxílio para pegar as roupas e vesti-las. Compreende roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Não se avalia a capacidade de calçar sapatos. Aqueles que necessitam de algum auxílio são classificados como dependentes (LINO *et al.*, 2008).

A função Higiene Pessoal refere-se à ida ao banheiro ou local equivalente a realizar higiene íntima e arrumação das roupas. São considerados dependentes aqueles que recebem qualquer auxílio direto, aqueles que não conseguem desempenhar a função (LINO *et al.*, 2008).

A função Transferência avalia a necessidade de auxílio para deitar-se e levantar-se da cama e da cadeira.

A função Continência refere-se ao controle da micção e evacuação, sendo a dependência relacionada à presença de incontinência.

A função Alimentação avalia a capacidade do idoso para alimentar-se, ou seja, de levar a comida do prato à boca. São considerados dependentes aqueles que necessitam de alguma ajuda para alimentar-se ou utilizam cateteres enterais ou parenterais (LINO *et al.*, 2008).

A independência significa que a função é realizada sem supervisão. Esta avaliação é feita de acordo com a situação real e não de acordo com a habilidade de realizar a tarefa sem auxílio de terceiros. Então, mesmo que o sujeito tenha capacidade de executar uma função, se ele nega a cumpri-la ou se as condições ambientais são desfavoráveis, considera-se que ele não a realiza. Assim, um idoso que necessita que um parente esteja presente dentro do banheiro para que possa tomar banho é considerado dependente, apesar de ser capaz de realizar o ato sem auxílio direto (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; LINO *et al.*, 2008).

É tácito que com o aumento da dependência física e do autocuidado prejudicado, aumenta também a probabilidade desses idosos virem a desenvolver alguma disfunção motora, neurológica e/ou cognitiva, ampliando também o risco do surgimento de úlceras por pressão, dentro outras disfunções clínicas. Em estudo desenvolvido por Lisboa (2010) evidenciou-se que quanto maior o nível de dependência para a realização das AVD, maior a vulnerabilidade do idoso à formação de UPP.

2.6 ENVELHECIMENTO, ESTADO NUTRICIONAL E ÚLCERA POR PRESSÃO

O envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional de um indivíduo, seja por questões senis (patológicas) ou senescentes (fisiológicas). Diversas alterações que ocorrem

naturalmente no organismo que envelhece são capazes de modificar o estado nutricional, incluindo desde mudanças nas fases iniciais do processo de alimentação como a falha na mastigação, pela ausência de elementos dentários ou diminuição da secreção salivar, alterações no apetite, paladar, deglutição, autonomia para realizar refeições, até prejuízos ou redução na eficiência dos processos avançados de absorção e eliminação, além de doenças crônicas, uso de medicamentos, condições sociais e econômicas e alterações na percepção sensorial (LISBOA, 2010; MOREIRA *et al.*, 2009).

Lueckenotte (2002) afirma que as complicadas relações entre nutrição e processo de envelhecimento são um campo de conhecimento em contínua evolução e a detecção precoce de fatores de risco, comprovadamente associados a problemas relacionados com a nutrição, podem retardar ou impedir o surgimento de doenças e suas complicações subsequentes. Souza (2005) ressalta que dificuldades para a independência quanto à alimentação são frequentemente mencionadas em ILPI.

No Brasil, poucos estudos têm focalizado os determinantes das alterações nutricionais em idosos, apesar de sua importância para o planejamento de ações em saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2011). A avaliação do estado nutricional do idoso é de grande importância para identificar os idosos desnutridos ou em risco aumentado de complicações relacionadas ao estado nutricional, visto que a desnutrição protéico-calórica grave altera a regeneração tissular, a reação inflamatória e a função imune, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de UPP (DONINI *et al.*, 2005; LISBOA, 2010).

Em estudo desenvolvido por Souza (2005), utilizando a Escala de Braden, observou que o fator nutrição muito pobre ou inadequada esteve presente em 51,3% em idosos institucionalizados. Outros estudos têm estimado a prevalência de desnutrição na população idosa institucionalizada, através de métodos de avaliação nutricional, como sendo de 15 a 20%, podendo atingir cifras de até 60% da amostra pesquisada, de acordo com o método e características da amostra e estudo analisados (ÁLAMO *et al.*, 2008; ESTEBÁN; FERNANDÉZ; SALVADO, 2000). Outro estudo de revisão sistemática e metanálise, constatou que a terapia nutricional, particularmente a suplementação nutricional oral com alto teor protéico, pode diminuir significativamente o risco de desenvolvimento das UPP (STRATTON, 2005).

Contudo, segundo Paula *et al.* (2007) não há um consenso sobre qual seria o melhor método para a avaliação nutricional da população geriátrica. Também não há uma medida ou combinação de medidas de avaliação nutricional que possam predizer, com acurácia, o risco para desenvolvimento de UPP (WOCNS, 2010). Ainda neste contexto, a American Society

for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN, 2007) refere que apesar de haver uma relação forte entre desnutrição e úlceras por pressão, ainda há carência de estudos mostrando uma conclusiva relação causal. Dessa forma, novos trabalhos de correlação para UPP são necessários, principalmente no Brasil.

Vários instrumentos, entretanto, foram desenvolvidos em busca da avaliação do estado nutricional de idosos, dentre eles destaca-se a Mini Avaliação Nutricional (MAN), sendo esta uma ferramenta de avaliação nutricional que pode identificar em pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, a desnutrição ou com risco de desnutrição.

2.6.1 Mini Avaliação Nutricional

A MAN é considerado um instrumento prático e rápido para avaliar o estado nutricional de idosos em ambulatorios, hospitais e instituições de longa permanência. Ela é uma ferramenta sensível o suficiente para detectar pequenas mudanças no estado nutricional que podem ocorrer ao longo do tempo, admite que o risco de desnutrição seja identificado em idosos, antes que as manifestações clínicas aconteçam, além de poder ser aplicada por qualquer profissional bem treinado. Este foi o primeiro instrumento desenvolvido para avaliar nutricionalmente a população idosa (CUKIER; OLIVEIRA, 2005; EMED; KRONBAUER; MAGNONI, 2006; PAULA *et al.*, 2007; VELLAS *et al.*, 1999).

Consiste em um questionário que pode ser completado em 10 minutos. Ele é dividido, além da triagem, em quatro partes: avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso); avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos); avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação); e autoavaliação (a autopercepção da saúde e da condição nutricional).

Para desenvolver e validar a MAN, foi realizado um estudo dividido em três partes. A primeira aconteceu no Hospital Universitário de Toulouse, na França, com a avaliação nutricional de idosos apresentando alterações de saúde, e também com idosos saudáveis da mesma região. Além da aplicação do questionário da MAN, esses idosos tiveram uma avaliação nutricional completa, incluindo os seguintes parâmetros: IMC, circunferência de braço e panturrilha, medida de dobras cutâneas tricipital e subescapular, avaliação bioquímica (albumina, pré-albumina, proteína ligadora de retinol, transferrina, ceruloplasmina, proteína C-reativa, alfa-1-glicoproteína, colesterol, vitaminas A, D, E, B1, B2, B6, B12, folato, cobre e zinco), hemograma completo, inquérito dietético (recordatório alimentar de 3 dias e

frequência alimentar) e avaliação do estado geriátrico. A segunda parte do estudo contou com 120 idosos com alteração de saúde e 30 idosos saudáveis, todos avaliados pela MAN e também por marcadores antropométricos e bioquímicos. A terceira parte do estudo foi realizada no Novo México, onde a MAN foi aplicada em 347 idosos saudáveis. O objetivo desse estudo foi de validar a utilização da MAN em idosos saudáveis provenientes de um contexto social diferente dos dois primeiros. Os resultados obtidos com a MAN apresentaram alta correlação com os parâmetros nutricionais utilizados. A pesquisa concluiu que a MAN pode ser aplicada em diferentes situações para detectar o risco de desnutrição em idosos (CASTRO; FRANK, 2009).

A soma dos escores da MAN permite uma identificação do estado nutricional além de identificar riscos. A sensibilidade desta escala é 96%, a especificidade 98% e o valor prognóstico para desnutrição 97%, considerando o estado clínico como referência (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1999).

Estudos realizados a nível mundial têm demonstrado que a MAN é uma ferramenta efetiva na identificação da desnutrição ou do risco de desenvolver desnutrição (EMED; KRONBAUER; MAGNONI, 2006; IZAOLA *et al.*, 2005; KUZUYA *et al.*, 2005; PEREIRA, 2004; RAMOS; VALVERDE, 2005; VISVANATHAN *et al.*, 2003).

Serpa e Santos (2008) ressaltam a necessidade de estabelecer programas de prevenção institucional que subsidiem as intervenções da equipe multidisciplinar de saúde, em busca do controle dos fatores de risco para úlceras por pressão, incluindo-se os parâmetros nutricionais.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e observacional, de abordagem quantitativa. O delineamento transversal se caracteriza por uma única medida das variáveis de interesse não havendo seguimento, nem controle, na fase de desenho das variáveis preditoras, que junto às variáveis respostas são medidas simultaneamente. Assim, os estudos transversais geralmente fornecem informações relacionadas à prevalência (HULLEY *et al.*, 2008).

Os estudos descritivos possuem o objetivo primordial de descrever as características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2007). Enquanto na pesquisa quantitativa, o pesquisador parte de parâmetros (características mensuráveis), traduz em números as opiniões e informações, para serem classificadas e analisadas na busca do estabelecimento da relação entre causa e efeito das variáveis (RODRIGUES, 2007).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Foram pesquisadas duas instituições de longa permanência para idosos, localizadas no município de João Pessoa - PB. As instituições atendem à população idosa carente e são mantidas por doações da comunidade, além de parte dos benefícios de aposentadoria dos idosos. Neste estudo, as instituições são intituladas “A” e “B”, preservando o sigilo ético quanto aos nomes das mesmas.

A instituição “A” possui caráter filantrópico, administrada por religiosas, com capacidade para 120 idosos, tendo comemorado seu centenário no ano de 2012. A estrutura física desta instituição conta com seis blocos de habitação, estando um bloco desabitado momentaneamente devido encontrar-se em reforma. Dentre esses blocos dois são compostos exclusivamente por quartos individuais, enquanto três blocos são divididos em quartos individuais ou coletivos, estes últimos variando de dois a três leitos, com presença de banheiros em todos os quartos. Cada bloco possui refeitório, sala de enfermagem e saguão. Possuem adaptações com corrimão, piso antiderrapante e rampas de acesso em diversos ambientes da instituição. Nela encontra-se ainda: sala de enfermagem geral, onde ocorrem também os atendimentos médicos, sala de fisioterapia, consultório de odontologia, ambiente de terapia ocupacional, salão de confraternização, capela, lavanderia, cozinha, horta e área administrativa. Esta instituição é composta de 01 profissional médico com visitas semanais,

uma enfermeira diariamente, técnicos de enfermagem em todos os turnos, 02 fisioterapeutas, dentista 3 vezes por semana, além de cuidadores leigos. Este estabelecimento recebe apoio do distrito sanitário III para marcações de consultas e fornecimento de algumas medicações, entretanto não possui cobertura pela estratégia saúde da família. Apresenta convênio de estágio para graduação em enfermagem e fisioterapia.

A instituição “B” possui caráter filantrópico, atua há 69 anos e tem capacidade para 60 idosos. A estrutura física desta instituição conta com quatro blocos de habitação, divididos em dois blocos femininos e dois masculinos, para cada sexo possui um bloco com quartos individuais e um bloco coletivo, estes últimos variando de dois a seis leitos, todos os quartos possuem banheiro. Na instituição encontramos: sala de enfermagem geral, onde ocorrem também os atendimentos médicos, salão de confraternização, refeitório, lavanderia, cozinha, e área administrativa. Possuem adaptações com corrimão, piso antiderrapante e rampas de acesso em diversos ambientes. Esta instituição apresenta uma equipe constituída por uma enfermeira diarista, técnicos de enfermagem em todos os turnos, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, além de cuidadores leigos. Este estabelecimento é coberto pela estratégia saúde da família, recebendo acompanhamento médico e odontológico. Apresenta convênio de estágio para o curso de graduação em enfermagem.

A assistência de enfermagem na instituição “A” é sistematizada através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), em parte dos blocos, visto que ainda está em período de implementação, não contemplando a totalidade dos idosos. Na instituição “B” não foi implantada a (SAE). Ambas instituições não possuem protocolo para prevenção de UPP, não havendo avaliação dos idosos quanto ao risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão e o tratamento deste tipo de lesão geralmente se iniciam após detecção de UPP em estágio II, fato este percebido durante o desenvolvimento do estudo.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por 166 os sujeitos residentes em duas instituições de longa permanência na cidade de João Pessoa, no período de coleta de dados. O plano de amostragem não probabilístico intencional foi constituído por idosos que atenderam aos seguintes critérios: estar cadastrado como residente nas instituições estudadas, encontrar-se presente no período da coleta de dados e aceitar participar do estudo.

No início da coleta de dados as Instituições “A” e “B” possuíam 110 e 59 residentes, respectivamente. Na instituição “A” havia um residente que não era idoso e na instituição “B”

havia dois residentes menores de 60 anos. Durante o período da coleta, dois idosos da instituição “A” não estavam presentes na instituição, um encontrava-se com a família e outro em ambiente hospitalar, na instituição “B” uma idosa estava hospitalizada. Dois residentes da instituição “A” e um idoso na instituição “B” recusaram-se a participar do estudo. Assim, o estudo constituiu-se por 105 idosos da instituição “A” e 55 da instituição “B”, perfazendo um total de 160 idosos.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Instrumento de identificação do idoso, que abordou também as variáveis sócio-demográficas e condições clínicas (APÊNDICE A). Este instrumento foi submetido a avaliação por quatro pesquisadores, especialistas na área de feridas, em dezembro de 2011, com objetivo de verificar adequação do conteúdo aos objetivos propostos. O instrumento final contemplou as modificações sugeridas pelos avaliadores.

Para a mensuração das UPP, a avaliação foi realizada com régua milimetrada: o comprimento medido no sentido céfalo-caudal e a largura, no sentido látero-lateral. Para as úlceras em estágios III e IV, a profundidade foi avaliada utilizando-se seringas de 1 mm estéreis, posteriormente medidos com a régua milimetrada padronizada. Nas feridas irregulares, foram empregadas as maiores dimensões, conforme recomendações internacionais (COOPER, 2000).

- Instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP - Escala de Braden, proposto por Braden e Bergstrom (1987), a partir de um esquema conceitual, no qual as autoras exploram a inter-relação dos fatores de risco e causais na gênese de úlceras por pressão, traduzida e validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999) (ANEXO A).

Nesta pesquisa empregamos o escore igual ou menor que 18 como ponto de corte para a avaliação do risco para UPP na população idosa, seguindo recomendações de Bergstrom *et al.* (1998) e Ayello (2007), em consonância também com estudos nacionais já realizados na população idosa (AGUIAR, 2011; BEZERRA, 2010; CHAYAMITI, 2008; LISBOA, 2010; SOUZA, 2005).

- Instrumento de avaliação funcional – Escala de Independência em Atividade da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz, desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe (1963), adaptada e validada no Brasil por Lino *et al.* (2008) (ANEXO B).

- Instrumento de avaliação nutricional – Mini Avaliação Nutricional® (1998) (ANEXO C). Primeiramente, os idosos foram submetidos a uma avaliação de triagem, para identificação da diminuição da ingestão de alimentos, redução de peso e estresse psicológico nos últimos três meses, assim como avaliação da mobilidade, problemas neuropsicológicos e índice de massa corporal (IMC) de cada indivíduo.

Os dados antropométricos atualizados, coletados no período do estudo, constituíram-se de: peso, aferido em quilos (kg); altura, aferida em metros (m); prega cutânea subescapular (PCSE), em milímetros (mm); circunferência do braço (CB), em centímetros (cm); altura do joelho (AJ), em centímetros (cm) e circunferência da panturrilha (CP), em centímetros (cm).

As circunferências foram verificadas com o auxílio de uma fita métrica inelástica com precisão de 1mm, sendo que a CB foi medida no braço esquerdo, no ponto médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna. A CP foi medida na perna esquerda, em sua parte mais protuberante. Na PCSE o indivíduo flexionava o braço esquerdo atrás das costas de modo a formar um ângulo de 90° na parte posterior do corpo. Após demarcação do ponto anatômico, o indivíduo mantinha os braços distendidos ao longo do corpo. Com os dedos polegar e indicador da mão esquerda, o examinador destacava a dobra e coletava a medida em direção diagonal à escápula, e a medição era realizada através de calibrador da marca Cescorf®. Nos idosos que apresentavam rigidez motora, foi utilizada a marcação anatômica mais próxima possível da indicação.

A altura do joelho foi medida na perna esquerda, formando um ângulo de 90° com o joelho e o tornozelo. Utilizou-se uma régua topométrica de madeira, contendo uma régua fixa com sensibilidade de 0,1cm, constituído por uma parte fixa, posicionada na superfície plantar do pé (calcanhar) e uma parte móvel, pressionada sobre a cabeça da patela (rótula).

O peso foi aferido em balança portátil (G-PECH®), calibrada para zero, com os idosos vestindo roupas leves, sem sapatos e sem agasalhos. Eles ficaram em posição ortostática, com os braços estendidos e o olhar voltado para o horizonte.

A estatura foi obtida com o auxílio de um estadiômetro portátil com extensão de 2,13 metros, dividido em centímetros e subdividido em milímetros. Para aferição da estatura os idosos estavam descalços, com os calcanhares juntos, em posição ereta, encostados no estadiômetro e com o olhar fixo na altura da linha do horizonte.

O índice de massa corporal (IMC) foi determinado a partir dos dados de peso (kg) e altura (m) obtidos anteriormente (WILLETT, 1998), conforme a fórmula:

$$\text{IMC (Kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Para os idosos impossibilitados de se aferir a altura e o peso, os dados foram estimados a partir das equações de Chumlea *et. al.* (1985); Chumlea *et. al.* (1988):

- Estimativa de peso:

Homens:

$$(1,73 \times \text{CB}) + (0,98 \times \text{CP}) + (0,37 \times \text{PCS}) + (1,16 \times \text{AJ}) - 81,69$$

Mulheres:

$$(0,98 \times \text{CB}) + (1,27 \times \text{CP}) + (0,4 \times \text{PCS}) + (0,87 \times \text{AJ}) - 62,35$$

- Estimativa da altura:

Homens:

$$[63,19 - (0,04 \times \text{idade})] + (2,02 \times \text{AJ})$$

Mulheres:

$$[84,88 - (0,24 \times \text{idade})] + (1,83 \times \text{AJ})$$

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante os meses de abril a agosto de 2012, desenvolvendo-se em duas etapas. A primeira foi realizada através dos prontuários dos idosos, em busca de dados referentes ao tempo de institucionalização, idade, medicamentos utilizados e doenças de base. A segunda etapa foi realizada através da avaliação geral dos participantes da pesquisa, por meio da entrevista, avaliação antropométrica e o exame da pele do pesquisado para identificação de UPP, utilizando os instrumentos de coleta. Quando o idoso possuía déficit cognitivo e não podia responder as solicitações da entrevistadora os dados eram fornecidos pelos cuidadores, buscando os que estivessem prontamente em contato com aqueles idosos.

Os instrumentos para a coleta de dados foram aplicados pela pesquisadora e outros quatorze voluntários, treinados especificamente para a colaboração na aquisição dos dados. A equipe de voluntários foi composta por oito enfermeiros e seis graduandos de enfermagem.

Após a coleta de dados, por solicitação da direção da instituição “A”, a pesquisadora e convidadas, Ms. Mirian Alves da Silva, professora da Universidade Federal da Paraíba, e Ms. Elizabeth Souza Silva de Aguiar, especialista em estomaterapia, ambas membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas – GEPEFE/UFPB, realizaram uma oficina com os cuidadores dos idosos, acerca de Úlceras por Pressão e sua prevenção.

3.5.1 Treinamento dos colaboradores

O treinamento dos colaboradores voluntários seguiu a seguinte sequência:

- Etapa 1: curso ministrado pela pesquisadora, Prof^a. Ms. Mirian Alves da Silva e Ms. Elizabeth Souza Silva de Aguiar, promovido pelo GEPEFE/UFPB. Esta etapa abordou assuntos como: úlcera por pressão, avaliação e estadiamento, apresentação dos instrumentos utilizados na pesquisa;
- Etapa 2: aplicação dos instrumentos, escala de Braden, escala de Katz e Mini Avaliação Nutricional, através de estudo de casos fictícios;
- Etapa 3: aplicação dos instrumentos em dois pacientes de uma instituição, apresentando semelhantes características, sendo o grupo de treinamento dividido igualmente em dois, com 7 participantes cada e a pesquisadora, que guiava a coleta dos dados e todos os colaboradores respondiam concomitantemente seus respectivos instrumentos;
- Etapa 4: discussão posterior dos casos vivenciados na etapa 3 e respostas, assim como a análise de concordâncias entre as respostas dos colaboradores e pesquisadora, obtendo como resultado uma concordância de 94,1% na escala de Braden, 87,1% na escala de Katz e demais instrumentos 100%. Após este teste a pesquisadora avaliou cada discordância e discutiu individualmente com cada colaborador, até que obtivessem um nível de concordância total de 100%.

O treinamento completo foi realizado em quatro dias e perfaz uma carga horária de 16 horas. Foi emitido um certificado de participação no treinamento pelo GEPEFE/UFPB.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados, inicialmente foi realizada a codificação das variáveis e categorias em um dicionário de dados. Construiu-se um banco de dados empregando-se a técnica de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel, por pessoas distintas, a fim de comparar as informações registradas e localizar o questionário

quando detectadas inconsistências. Os dados que apresentaram erro de digitação, passaram por criteriosa correção até se atingir 100% de coincidência entre as digitações. Após essa validação, os dados foram submetidos a cálculos estatísticos no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 20.0.

Para análise dos dados foram obtidas as distribuições das frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, além da média, mediana e desvio padrão para as variáveis contínuas (com casas decimais). Todas essas medidas de resumo numérico fazem parte da metodologia da análise descritiva e exploratória de dados.

Adicionalmente, também foram empregadas técnicas de estatística inferencial através do teste Exato de Fisher e o teste de razões de chances (Odds Ratio). Os testes t de igualdade de médias também foram realizados. Ressalta-se que o nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, o projeto foi submetido à apreciação dos Conselhos Administrativos das Instituições e do Conselho Municipal do Idoso de João Pessoa, o qual emitiu certidão de autorização para o desenvolvimento do estudo (ANEXO D). Após a obtenção das autorizações pelas instituições, estas foram anexadas ao projeto, para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo nº 0305/11 (ANEXO E). O posicionamento ético da pesquisadora com relação ao desenvolvimento da investigação foi norteado a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país (BRASIL, 2000).

Para participar do estudo, cada idoso foi convidado e recebeu orientações sobre o mesmo. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Quando o idoso não apresentava condições cognitivas e físicas para tal, as orientações e a solicitação de consentimento foram feitas aos seus responsáveis legais. Após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista, garantindo-se o sigilo e o anonimato das respostas, identificando-se as entrevistas por números.

O estudo foi desenvolvido com uma amostra de 160 idosos institucionalizados, residentes em duas ILPIs da cidade de João Pessoa-PB.

Considerando os fatores que podem predispor os idosos a desenvolver UPP, buscou-se conhecer as características dos idosos institucionalizados, fatores de risco, medidas preventivas para úlceras por pressão, avaliação do escore de risco para UPP, nível de independência funcional e o estado nutricional apresentado pelos idosos, e como estes aspectos se correlacionam com UPP.

Os resultados estão apresentados na forma de tabelas e distribuídos em: caracterização sócio-demográfica e clínica dos idosos, fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, prevalência dos idosos com UPP e sua caracterização, medidas preventivas para úlceras por pressão, risco para UPP pela Escala de Braden, avaliação da independência funcional para AVD dos idosos e avaliação nutricional.

4.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS IDOSOS PESQUISADOS

Dentre os 160 idosos pesquisados, 87 (54,4%) responderam a entrevista, 26 (16,3%) foram auxiliados pelos cuidadores e em 47 (29,4%) os cuidadores ou responsáveis forneceram as informações pelo idoso. Na tabela 1 são apresentados os dados sócio-demográficos.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sócio-demográficos dos idosos segundo ILPI. João Pessoa-PB, 2013.

Variáveis sócio-demográficas	Instituição				Total	
	“A”		“B”			
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
masculino	22	13,7	30	18,8	52	32,5
feminino	83	51,9	25	15,6	108	67,5
Faixa Etária						
60 a 79 anos	36	22,5	25	15,6	61	38,1
80 anos ou mais	69	43,1	30	18,8	99	61,9
Grau de instrução						
analfabeto	21	13,1	17	10,6	38	23,7
alfabetizado	40	25,0	19	11,9	59	36,9
nível fundamental	18	11,2	2	1,3	20	12,5
nível médio	11	6,9	5	3,1	16	10,0
nível superior	9	5,6	5	3,1	14	8,7
não informado	6	3,7	7	4,5	13	8,2

Cor ou raça						
branca	60	37,5	28	17,5	88	55,0
parda	33	20,6	17	10,7	50	31,3
preta	12	7,5	10	6,2	22	13,7
Estado civil						
solteiro	52	32,5	27	16,9	79	49,4
viúvo	34	21,2	15	9,4	49	30,6
separado	6	3,7	6	3,8	12	7,5
divorciado	7	4,4	2	1,2	9	5,6
casado	4	2,5	3	1,9	7	4,4
não informado	1	0,6	2	1,3	3	1,9
união estável	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Renda (salário mínimo*)						
até 1 salário	4	2,5	2	1,2	6	3,7
maior que 1 a 3 salários	66	41,2	46	28,8	112	70,0
maior que 3 a 5 salários	1	0,6	1	0,6	2	1,2
maior que 5 salários	2	1,2	0	0,0	2	1,2
não informado	33	20,6	6	3,3	39	23,9
Fonte de Renda						
aposentadoria	95	59,4	50	32,0	145	91,4
pensão	3	1,9	3	1,8	6	3,7
não informado	6	3,7	0	0,0	6	3,7
recebe doações	1	0,6	0	0,0	1	0,6
outras fontes	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Encaminhamento para institucionalização						
familiares	51	31,8	22	13,8	73	45,6
vontade própria	25	15,6	16	10,0	41	25,6
não informado	21	13,1	8	5,1	29	18,2
outros**	4	2,5	5	3,1	9	5,6
serviço social	2	1,3	3	1,8	5	3,1
hospital	2	1,3	1	0,6	3	1,9
Tipo de serviço de saúde						
SUS	48	30,0	43	26,9	91	56,9
convênio de saúde	25	15,6	7	4,4	32	20,0
SUS e particular	20	12,5	2	1,2	22	13,7
particular	12	7,5	3	1,9	15	9,4
Total	105	65,6	55	34,3	105	100,0

Fonte: própria pesquisa.

Notas: *Na ocasião da pesquisa o salário mínimo equivalia a R\$ 622,00.

** Vizinhos e amigos.

A maioria dos participantes era do sexo feminino 108 (67,5%), porém há um predomínio de mulheres na instituição “A” 83 idosas e de homens na instituição “B” 30 idosos. Referente à faixa etária, 61 idosos (38,1%) encontravam-se com sessenta a 79 anos e 99 (61,9%) tinham oitenta ou mais anos, variando de 63 a 105 anos, média de 81,9 anos, mediana de 82 anos e desvio padrão de 9,28 anos, sendo que os idosos da instituição “A”

possuem média de anos vividos (83,3 anos) maior que os idosos da instituição “B” (79,3 anos).

Em relação ao grau de escolaridade, o estudo mostra que 59 (36,9%) idosos institucionalizados são alfabetizados, constituindo-se maioria em ambas as instituições, com uma média de 4 anos de estudo, mediana de 2 anos e desvio padrão de 4,80 anos. Os idosos de cor ou raça branca são maioria nas instituições “A” 60 (37,5%) e “B” 28 (17,5%), correspondendo a 88 sujeitos (55%). Há predomínio de idosos solteiros 79 (49,4%) e sem filhos 67 (41,9%) em ambas as instituições, variando de 0 a 20 filhos, com média de 1,72 filhos, mediana de 1 filho e desvio padrão de 2,9 filhos.

Quanto à renda, 112 pesquisados (70%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos, sendo para sua maioria, 145 (91,4%), proveniente da aposentadoria. 73 idosos (45,6%) foram encaminhados às ILPI por familiares, variando a institucionalização de 1 a 528 meses, com mediana de 60 meses e desvio padrão de 78,9 meses, média de 77,5 meses, no entanto a média da instituição “A” correspondeu a 65,9 meses e na instituição “B” 83,7 meses. Observou-se também que 91 idosos (56,9%) utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS) como opção de busca para serviços de saúde, maioria esta nas duas instituições.

Em relação às condições clínicas dos idosos, nas Tabelas 2 e 3 são apresentados respectivamente os problemas de saúde e as medicações usadas pelos idosos pesquisados.

Tabela 2 – Distribuição dos problemas de saúde por sistemas, apresentados pelos idosos segundo a ILPI. João Pessoa-PB, 2013.

Problemas de saúde	Instituição				Total	
	“A”		“B”			
	n	%	n	%	n	%
circulatório	81	50,6	24	19,9	105	65,6
nervoso	55	34,4	20	12,5	75	46,9
sensorial	44	27,5	21	13,1	65	40,6
endócrino	24	15,0	15	9,4	39	24,4
ósteomuscular	29	18,1	8	4,9	37	23,1
respiratório	5	3,1	3	1,9	8	5,0
outras*	18	11,2	4	2,5	22	13,7

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Dentre os outras enfermidades encontra-se: anemia, neoplasias, elefantíase, gastrite, dermatológicos e cronicidade renal.

Observa-se que as doenças do sistema circulatório são as mais prevalentes entre os idosos, encontradas em 105 (65,6%). Nessa categoria foram incluídas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular encefálico (AVE), cardiopatias, doença vascular periférica e aterosclerose aórtica.

No segundo grupo de maior frequência, observa-se as doenças do sistema nervoso, encontradas em 75 (46,9%) idosos. Destacam-se os distúrbios degenerativos como Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson, além de demências, esclerose, retardo mental congênito, epilepsia, depressão e esquizofrenia.

As doenças do sistema sensorial, foram encontradas em 65 idosos (40,6%), faz parte a surdez, glaucoma e catarata. No sistema endócrino 39 (24,4%) idosos apresentavam diabetes mellitus. Foram encontrados 37 idosos (23,1%) com doenças no sistema osteomuscular como paralisia, artrite e artrose. As doenças do aparelho respiratório abrange tosse, pneumonia e asma brônquica, encontrado em 8 idosos (5%). Nos demais grupos de doenças a quantidade de idosos que a apresentavam foi pequena.

Mediante diagnóstico médico pregresso em 48 idosos (30%) foi observado a presença de mais de três enfermidades, enquanto 8 idosos (5%) não possuem nenhuma morbidade.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo tipos de medicamentos em uso. João Pessoa-PB, 2013.

Medicamentos em uso	Instituição				Total	
	“A”		“B”			
	n (105)	%	n(55)	%	n (160)	%
psicotrópicos	77	48,1	27	16,9	104	65,0
anti-hipertensivo	64	40,0	20	12,5	84	52,5
antiagregante plaquetário	41	25,6	6	3,8	47	29,4
antiácido	33	20,6	1	0,6	34	21,2
vasodilatadores cerebrais e/ou periféricos	27	16,9	2	1,2	29	18,1
antianêmico/suplemento vitamínico e mineral	22	13,7	4	12,5	26	16,2
diuréticos	15	9,4	9	5,6	24	15,0
hipoglicemiante	13	8,1	9	5,6	22	13,7
hipolipemiante	10	6,2	3	1,9	13	8,1
antiarrítmico	6	3,8	4	2,4	10	6,2
medicações de uso não contínuo*	39	24,4	15	9,3	54	33,7

nenhuma	0	0,0	8	5,0	8	5,0
---------	---	-----	---	-----	---	-----

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *antimicrobiano, analgésico, antiinflamatório, anti-histamínicos, expectorante, miorelaxante, antivertiginosos e antineoplásico.

Quanto aos tipos de medicamentos em uso, a maioria dos idosos que compuseram a amostra fazia uso de psicotrópicos 104 idosos (65%), seguidos de anti-hipertensivo 84 (52,5%), antiagregante plaquetário 47 (29,4%) e antiácido 34 (21,2%), além de outras medicações. Considerando que um mesmo idoso podia usar mais de uma medicação.

Proporcionalmente ao número de sujeitos por ILPI, os medicamentos em uso sobretudo os psicotrópicos, anti-hipertensivos, antiagregante plaquetário, antiácido, vasodilatadores e antianêmico/suplemento vitamínico e mineral, são mais frequentes entre idosos da instituição “A”.

Analisando-se a quantidade de medicamentos utilizados pelos idosos institucionalizados constatou-se a utilização de até 12 drogas por indivíduo, obtendo média de 4,1 e mediana de 4 medicamentos/idoso.

4.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UPP

Considerando-se a importância de se avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, buscou-se relacioná-los com a presença ou não de úlceras por pressão. Vale ressaltar que as condições clínicas dos idosos e assistenciais das instituições “A” e “B” encontravam-se semelhantes, assim como não foi observado diferença significativa entre as instituições no tocante a prevalência de UPP.

Dos 160 idosos pesquisados, 155 possuíam algum fator de risco para UPP, perfazendo uma média de 3,1 fatores de riscos/idoso. Quando estudado este aspecto dentre os portadores destas lesões, esta média aumenta para 4,6 fatores de riscos/idoso.

Tabela 4 – Associação entre os fatores de risco e a presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.

Fatores de risco para UPP	UPP						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tabagismo ^(a)							
não	61	38,1	5	3,1	66	41,2	p ⁽¹⁾ = 0,209
sim	61	38,1	1	0,6	62	38,7	
não informou	26	16,2	6	3,8	32	20,1	
Etilismo ^(a)							
não	80	50,0	6	3,8	86	53,8	p ⁽¹⁾ = 0,423
sim	42	26,3	1	0,6	43	26,9	
não informou	26	16,2	5	3,1	31	19,3	
Presença de edema							
não	129	80,6	9	5,6	138	86,2	p ⁽¹⁾ = 0,217
sim	19	11,8	3	2,0	22	13,8	
Histórico de fraturas ^(a)							
não	112	70,0	8	5,0	120	75,0	p ⁽¹⁾ = 0,708
sim	31	19,4	3	1,8	34	21,2	
não informou	5	3,2	1	0,6	6	3,8	
Dependentes para mudança de decúbito							
não	118	73,7	2	1,3	120	75,0	p ⁽¹⁾ <0,001
sim	30	18,7	10	6,3	40	25,0	
Incontinência fecal							
não	92	57,5	2	1,3	94	58,8	p ⁽¹⁾ = 0,004
sim	56	35,0	10	6,2	66	41,2	
Incontinência urinária							
não	71	44,4	0	0,0	71	44,4	p ⁽¹⁾ = 0,001
sim	77	48,1	12	7,5	89	55,6	
Déficit cognitivo							
não	83	51,8	2	1,3	85	53,1	p ⁽¹⁾ = 0,013
sim	65	40,7	10	6,2	75	46,9	
Limitação Física							
não	61	38,1	1	0,6	62	38,7	p ⁽¹⁾ = 0,030
sim	87	54,4	11	19,9	98	71,3	
Índice de massa corporal (IMC - kg/m²)							
baixo peso	73	45,6	8	4,0	81	50,6	p ⁽²⁾ = 0,327
eutrofia	51	31,9	4	2,5	55	34,4	
sobrepeso	24	15,0	0	0,0	24	15,0	
Total	148	92,5	12	7,5	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Notas: ⁽¹⁾ Através do teste Exato de Fisher simples.⁽²⁾ Através do teste Exato de Fisher generalizado.^(a) Para essas variáveis, o cálculo da significância obteve amostra total inferior a 160, visto que a categoria "não informou" não foi considerada para tal cálculo.

Dentre os fatores de risco para UPP pesquisados, 66 (38,7%) idosos foram tabagistas, estes possuíam uma média de 31,3 anos de tabagismo e frequência de 1 à 10 cigarros/dia em 17 (25,7%) dos tabagistas. O histórico de etilismo foi encontrado em 86 pesquisados (53,8%), com média de 30 anos de etilismo. A presença de edema foi observado em 22 (13,8%) dos idosos, onde 19 (86,4%) localizava-se em membros inferiores. Já o histórico de fraturas se configurava presentes em 120 idosos (75%), destas 11 (32,3%) aconteceram no fêmur.

Com relação à mudança de decúbito/horas, dos 40 idosos (25%) que foram identificados como dependentes para mudança de decúbito, em 1 idoso (2,5%) a mudança era realizada a cada hora, 5 (12,5%) a cada três horas, 17 (42,5%) a cada quatro horas, 9 (22,5%) a cada cinco horas, 1 (2,5%) a cada seis horas e 6 (17,5%) não tinham tempo determinado para realização dessa prática.

Dos 89 idosos (55,6%) que apresentavam incontinência urinária, 82 (92,1%) faziam uso de fraldas descartáveis e 7 (7,9%) não utilizavam fraldas ou qualquer outro dispositivo para incontinência, realizando suas eliminações diretamente nas vestimentas e lençóis.

Quanto ao déficit cognitivo, este foi encontrado em 75 idosos (46,9%), destes 46 (61,3%) apresentam Doença de Alzheimer ou demência - onde 8 possuíam UPP, compondo 66,7% da amostra dos portadores de úlcera por pressão. Outros 14 idosos (8,8%) apresentavam nível de consciência alterado, 7 (4,4%) estavam depressivos, em 7 (4,4%) este déficit relacionava-se à senescência e 1 (0,6%) encontrava-se sedado. No concernente à limitação física, em 98 idosos (71,3%) foi observado alguma limitação para deambulação, dentre estas a mais frequentemente encontrada refere-se aos idosos que são colocados sentados ou transferidos de local sendo carregados, dentre esses 8 (66,7%) idosos desenvolveram UPP. Com relação ao IMC, 81 idosos (50,6%) encontravam-se com baixo peso.

Pelos resultados apresentados na Tabela 4, nota-se que a dependência para mudança de decúbito ($p<0,001$), as incontinência fecal ($p=0,004$) e urinária ($p=0,001$), o déficit cognitivo ($p=0,013$) e a limitação física ($p=0,030$) demonstraram significância estatística, entretanto a maioria dos idosos com tais características não desenvolveram UPP.

4.3 PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM IDOSOS E SUA CARACTERIZAÇÃO

Dos 160 idosos analisados, 12 apresentaram UPP, sendo que 9 idosos possuíam lesão única, 2 possuíam uma segunda e 1 possuía ainda uma terceira úlcera, totalizando 16 lesões,

com média de 1,3 UPP/idoso e prevalência de 7,5% de UPP em idosos institucionalizados. Entre aqueles que apresentaram UPP, 11 (91,7%) eram do sexo feminino, 3 (25%) dos idosos na faixa etária de 60 a 79 anos e 9 (75%) com 80 anos ou mais.

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição das 16 UPP identificadas nos sujeitos da pesquisa, considerando a localização anatômica e o estágio evolutivo.

Tabela 5 – Distribuição das UPP dos idosos pesquisados, considerando a localização anatômica e o estágio da UPP. João Pessoa-PB, 2013.

Localização anatômica	Estágio da UPP			Total n (%)
	I	II	III	
glúteo	1	7	-	8 (49,9)
sacro	-	3	1	4 (25,3)
calcâneo	-	1	-	1 (6,2)
dorso	1	-	-	1 (6,2)
isquio	1	-	-	1 (6,2)
joelho	-	1	-	1 (6,2)

As úlceras por pressão foram predominantemente localizadas no glúteo (49,9%), seguidas da região sacral (25,3%); as UPP em estágio II foram mais frequentes com 12 ocorrências (75%). Quanto ao tamanho, as UPP encontradas possuíam de 1 a 45 cm² (largura×comprimento) e apenas uma úlcera estava em estágio III, sendo verificada a profundidade de 1 cm.

Os portadores de múltiplas lesões no entanto, apresentavam a localização destas em glúteo direito e esquerdo para um dos idosos, glúteo direito e região sacral para o segundo, e glúteo direito, esquerdo e joelho esquerdo para o portador de três lesões.

4.4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO

Ante o observado durante a pesquisa, as instituições “A” e “B” não se diferenciaram quanto às medidas preventivas utilizadas e os cuidados prestados aos idosos, assim como não apresentaram significância estatística na análise dos dados por instituição. Portanto, visando identificar quais os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão encontrados nos idosos institucionalizados, segundo a presença ou ausência de UPP, foi construída a Tabela 6.

Tabela 6 – Medidas preventivas para UPP utilizadas pelos idosos institucionalizados segundo a presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.

a presença de UPP: João Pessoa PB, 2013.							
Medidas preventivas para UPP	UPP				Grupo Total		Valor de p
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
Uso de aliviadores de pressão nas proeminências ósseas							
não	98	61,2	2	1,3	100	62,5	p ⁽¹⁾ = 0,001
sim	50	31,2	10	6,3	60	37,5	
Ingestão frequentes de líquido							
não	54	33,7	6	3,8	60	37,5	p ⁽¹⁾ = 0,744
sim	94	58,7	6	3,8	100	62,5	
Lençóis da cama esticados							
não	22	13,7	2	1,3	24	15,0	p ⁽¹⁾ = 1,000
sim	126	78,7	10	6,3	136	85,0	
Lençóis limpos e sem resíduos alimentares							
não	9	5,6	0	0,0	9	5,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
sim	139	86,9	12	7,5	151	94,4	
Higienização da pele							
mais de um banho diário	81	50,6	8	5,0	89	55,6	p ⁽²⁾ = 0,677
banho diário	62	38,7	4	2,5	66	41,2	
banho em dias alternados	1	0,6	0	0,0	1	0,6	
banho sem tempo determinado	4	2,6	0	0,0	4	2,6	
Cuidados com a pele							
nenhum	47	29,4	0	0,0	47	29,4	p ⁽²⁾ < 0,001
uso de hidratantes	91	48,8	4	2,5	95	51,3	
uso de óleos	3	1,9	0	0,0	3	1,9	
uso de pomadas	5	3,1	7	4,4	12	7,5	
uso de creme de barreira	2	1,3	1	0,7	3	1,9	
Total	148	92,5	12	7,5	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Notas: (1) Através do teste Exato de Fisher simples.

(2) Através do teste Exato de Fisher generalizado.

As ações realizadas pelos cuidadores para prevenção de UPP são apresentadas na Tabela 6. O uso de aliviadores de pressão nas proeminências ósseas era utilizado por 60 idosos (37,5%); 100 (62,5%) aceitavam bem a oferta de líquidos; 136 (85%) mantinham os lençóis esticados; 151 (94,4%) mantinham os lençóis limpos e livres de resíduos alimentares; 89 (55,6%) realizavam mais de um banho diariamente e 93 (58,1%) faziam uso de hidratantes na pele.

Vale ressaltar a importância destas medidas para prevenção da gênese de UPP e do seu agravamento, de modo que da população portadora de UPP (12 idosos) 10 utilizavam

aliviadores de pressão nas proeminências ósseas, apenas seis faziam ingestão hídrica frequentemente, em 10 foi observado a atenção em manter os lençóis esticados, nos 12 os lençóis estavam limpos e livres de resíduos, 8 faziam a higienização com mais de um banho diário, para 4 idosos o banho ocorria diariamente, e dos cuidados com a pele 7 utilizavam pomadas, estas equivalem a pomadas já para utilização em UPP em tratamento ou pomadas de proteção da pele.

4.5 RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PELA ESCALA DE BRADEN

Seguindo o propósito do estudo, procedeu-se a avaliação de risco para UPP entre os idosos institucionalizados através da Escala de Braden. Dos 160 pesquisados, 73 (45,6%) apresentaram escore de Braden ≤ 18 , ou seja, estavam classificados em algum nível de risco para UPP. O escore médio da escala de Braden foi 18,3, mediana de 19, variando entre 10 e 23 pontos. Quando estudado por presença ou não de UPP, o escore médio obtido para os idosos que não apresentavam UPP foi de 18,7, enquanto a mesma média para os idosos portadores de úlceras por pressão era de 13,3.

Na Tabela 7, a classificação do risco pode ser percebida em associação com os fatores de risco apresentados pelos idosos institucionalizados.

Tabela 7 - Associação entre os fatores de risco para UPP e a classificação de risco pela escala de Braden. João Pessoa-PB, 2013.

de Braden: João Pessoa PB, 2018.												
Classificação de risco pela Escala de Braden												
Fatores de risco para UPP	Sem risco		Em risco		Risco moderado		Risco alto		Total		Valor de p*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tabagismo ^(a)												
não	37	23,1	20	12,5	4	2,5	5	3,1	66	41,2	p=0,093	
sim	44	27,5	15	9,4	3	1,9	0	0,0	62	38,8		
não informou	6	3,7	7	4,4	7	4,4	12	7,5	32	20,0		
Etílsimo ^(a)												
não	50	31,2	25	15,6	7	4,4	4	2,5	86	53,7	p=0,427	
sim	31	19,4	10	6,3	1	0,6	1	0,6	43	26,9		
não informou	6	3,7	7	4,4	6	3,7	12	7,5	31	19,4		
Presença de edema												
não	77	48,1	32	20,0	12	7,5	17	10,6	138	86,2	p=0,075	
sim	10	6,3	10	6,3	2	1,2	0	0,0	22	13,8		

Histórico de fraturas ^(a)											
não	69	43,1	29	18,1	7	4,4	15	9,4	120	75,0	p=0,032
sim	15	9,4	12	7,5	6	3,7	1	0,6	34	21,2	
não informou	3	1,9	1	0,6	1	0,6	1	0,6	6	3,8	
Dependentes para mudança de decúbito											
não	86	53,7	31	19,4	3	1,9	0	0,0	120	75,0	p<0,001
sim	1	0,6	11	6,9	11	6,9	17	10,6	40	25,0	
Incontinência fecal											
não	76	47,5	16	10,0	2	1,2	0	0,0	94	58,8	p<0,001
sim	11	6,9	26	16,2	12	7,5	17	10,6	66	41,2	
Incontinência urinária											
não	63	39,4	8	5,0	0	0,0	0	0,0	71	44,4	p<0,001
sim	24	15,0	34	21,2	14	8,7	17	10,6	89	55,6	
Déficit cognitivo											
não	62	38,7	20	12,5	3	1,9	0	0,0	85	53,1	p<0,001
sim	25	15,6	22	13,7	11	6,9	17	10,6	75	46,9	
Limitação Física											
não	57	35,6	5	3,1	0	0,0	0	0,0	62	38,7	p<0,001
sim	30	18,7	37	23,1	14	8,7	17	10,6	98	61,3	
Índice de massa corporal (IMC - kg/m ²)											
baixo peso	33	20,6	25	15,6	10	6,2	13	8,1	81	50,5	p=0,016
eutrofia	35	21,9	13	8,1	3	1,9	4	2,5	55	34,4	
sobrepeso	19	11,9	4	2,5	1	0,6	0	0,0	24	15,1	
Total	87	54,4	42	26,2	14	8,7	17	10,6	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Notas: *Através do teste Exato de Fisher generalizado.

^(a) Para essas variáveis, o cálculo da significância obteve amostra total inferior a 160, visto que a categoria "não informou" não foi considerada para tal cálculo.

Diante do exposto na Tabela 7, pode-se perceber que os indivíduos que se enquadravam nos riscos para UPP não apresentam significativamente os fatores tabagismo, etilismo, edema e histórico de fratura.

No tocante à dependência para mudança de decúbito (p<0,001) foram identificados 11 idosos Em risco, 11 em Risco moderado e todos os classificados como Alto risco eram também dependentes para esta prática. 26 idosos Em risco, 12 em Risco moderado e todos os idosos em Alto risco apresentavam incontinência fecal (p<0,001); este número é ampliado ao observar que para a incontinência urinária (p<0,001) 34 dos idosos Em risco, todos os classificados em Risco moderado e Alto risco eram incontinentes. Para déficit cognitivo (p<0,001) os dados expressam que 22 idosos Em risco, 11 em Risco moderado e todos os idosos em Alto risco apresentaram esta característica. Na limitação física (p<0,001) 37 dos idosos Em risco e todos os idosos em Moderado e Alto risco apresentavam limitação para deambulação. A avaliação do IMC (p=0,016) nos indica que na classificação Em risco

encontramos 25 idosos em baixo peso e 4 em sobrepeso, no Risco moderado 10 idosos estão em baixo peso e 1 idoso em sobrepeso e 13 idosos em Alto risco estão com baixo peso. Estes fatores de risco apresentaram-se significativos estatisticamente.

É tácito que a implementação de medidas preventivas para UPP devem se ampliadas diante do grupo de risco para gênese destas lesões, portanto, a Tabela 8 apresenta as medidas preventivas utilizadas pelos idosos institucionalizados segundo a classificação do risco para úlceras por pressão pela escala de Braden.

Tabela 8 – Medidas preventivas para UPP utilizadas pelos idosos institucionalizados segundo a classificação de risco pela Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2013.

Classificação de risco pela Escala de Braden											
Medidas preventivas	Sem risco		Em risco		Risco moderado		Risco alto		Total		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Uso de aliviadores de pressão nas proeminências ósseas											
não	64	40,0	25	15,6	4	2,5	7	4,4	100	62,5	p=0,008
sim	23	14,4	17	10,5	10	6,3	10	6,3	60	37,5	
Ingestão frequente de líquido											
não	30	18,7	16	10,0	6	3,8	8	5,0	60	37,5	p=0,732
sim	57	35,7	26	16,1	8	5,0	9	5,7	100	62,5	
Lençóis da cama esticados											
não	18	11,2	5	3,1	0	0,0	1	0,7	24	15,0	p=0,075
sim	69	43,2	37	23,0	14	8,8	16	10,0	136	85,0	
Lençóis limpos e sem resíduos alimentares											
não	7	4,4	1	0,6	1	0,6	0	0,0	9	5,7	p=0,445
sim	80	50,0	41	25,5	13	8,2	17	10,7	151	94,3	
Higienização da pele											
mais de um banho diário	44	27,5	25	15,6	8	5,0	12	7,5	89	55,6	p=0,812
banho diário	40	25,0	15	9,4	6	3,8	5	3,1	66	41,3	
banho em dias alternados	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	
banho sem tempo determinado	2	1,2	2	1,2	0	0,0	0	0,0	4	2,5	
Cuidados com a pele											
nenhum	45	27,5	7	4,4	0	0,0	0	0,0	52	32,6	p<0,001
uso de hidratantes	40	25,0	31	19,4	8	5,0	11	6,9	90	56,3	
uso de óleos	2	1,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	3	1,8	
uso de pomadas	1	0,6	2	1,2	5	3,2	4	2,5	12	7,5	
uso de creme de barreira	0	0,0	0	0,0	1	0,6	2	1,2	3	1,8	
Total	88	54,4	41	26,2	14	8,7	17	10,6	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

De acordo com a tabela acima percebe-se que 25 idosos classificados Em risco, 4 em Risco moderado e 7 em Alto risco não faziam uso de aliviadores de pressão. Quanto à ingestão frequente de líquidos, para 16 idosos classificados Em risco, 6 em Risco moderado e 8 em Alto risco não foi identificado essa prática. Os lençóis não estavam devidamente esticados para 5 idosos Em risco e 1 em Alto risco. Também os lençóis não encontravam-se limpos e sem resíduos alimentares para 1 idoso Em risco e 1 em Risco moderado. Quanto à higienização da pele, 2 idosos classificados Em risco realizavam o banho sem tempo determinado. E no que se refere à cuidados com a pele, 7 idosos Em risco utilizavam nenhum produto tópico de ação hidratante/protetora.

Ante a importância do fator idade na gênese das UPP, a Tabela 9 apresenta os escores de risco avaliados segundo a faixa etária.

Tabela 9 – Escores de risco para UPP da escala de Braden, segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2013.

Classificação de risco pela escala de Braden	Faixa etária				Grupo Total		Valor de p*
	60 a 79 anos		80 anos ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
Sem risco	41	25,6	46	28,8	87	54,4	p = 0,045
Em risco	12	7,5	30	18,7	42	26,2	
Risco moderado	2	1,2	12	7,5	14	8,7	
Alto risco	6	3,7	11	7,0	17	10,7	
Total	61	38,1	99	61,9	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Através do teste Exato de Fisher generalizado.

Foi possível visualizar diferenças percentuais nas duas faixas etárias, haja vista que a maior parte dos idosos classificados em algum nível de risco foram pessoas de 80 anos ou mais, 53 idosos (33,2%), contra vinte idosos (12,4%) de 60 a 79 anos. Também foi possível averiguar que os idosos classificados como Sem risco, na faixa etária de 60 a 79 anos correspondia a 41 idosos (25,6%), enquanto na faixa etária de 80 anos ou mais encontram-se 46 idosos (28,8%).

Adicionados a esses aspectos, segundo o risco relativo encontrado, os idosos que estão Em risco ou Risco moderado de desenvolver UPP da faixa etária de 79 anos ou mais (42) têm uma chance 3 vezes maior de desenvolver UPP, do que idosos da faixa etária entre 60 e 79 anos (14); de forma semelhante, os idosos que estão em Alto risco de desenvolver UPP da faixa etária de 79 anos ou mais (11) têm uma chance de 1,83 vezes maior de desenvolver UPP quando comparado com os idosos que estão na faixa etária entre 60 e 79 anos (6).

A Tabela 10 nos proporciona analisar a classificação do risco para UPP pela escala de Braden, diante da presença destas lesões.

Tabela 10 - Escores de risco para UPP da escala de Braden, segundo a presença ou não de UPP. João Pessoa-PB, 2013.

Classificação de risco pela escala de Braden	UPP				Grupo Total		Valor de p*
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
Sem risco	87	54,4	0	0,0	87	54,4	p<0,001
Em risco	40	25,0	2	1,2	42	26,2	
Risco moderado	8	5,0	6	3,7	14	8,7	
Alto risco	13	8,2	4	2,5	17	10,7	
Total	148	92,5	12	7,5	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Através do teste Exato de Fisher.

Dos pesquisados, 40 (25,0%) estão Em risco e não apresentam UPP, na mesma classificação encontra-se dois portadores de lesões. No Risco moderado 8 idosos (5,0%) não apresentam UPP, enquanto 6 (3,7%) as possuem. Para o Alto risco 13 idosos (8,2%) não desenvolveram as lesões, contra 4 (2,5%) que desenvolveram.

A Tabela 10 evidencia que nenhum dos idosos classificados como Sem risco apresenta úlceras por pressão, todos os idosos que possuem UPP estão classificados em algum nível de risco pela escala de Braden e 61 idosos (38,2%) encontram-se Em risco para UPP e não desenvolveram tais lesões. Apresentando valores estatisticamente significativos ($p=0,000$) para a classificação de risco pela escala de Braden e a presença de úlceras por pressão.

Em relação às subescalas de Braden a Tabela 11, apresenta os subescores de risco para UPP identificados na referida escala e os idosos portadores ou não de UPP.

Tabela 11 – Distribuição dos idosos segundo avaliação dos domínios da Escala de Braden e presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.

Domínios da Escala de Braden	UPP				Grupo Total		Valor de p*
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
Percepção sensorial							p<0,001
completamente limitada	0	0,0	1	0,6	1	0,6	
muito limitada	12	7,5	3	1,9	15	9,4	
ligeiramente limitada	24	15,0	5	3,1	29	18,1	
nenhuma limitação	112	70,0	3	1,9	115	71,9	

Umidade						
pele constantemente úmida	3	1,9	0	0,0	3	1,9
pele muito úmida	26	16,3	5	3,1	31	19,4
pele ocasionalmente úmida	39	24,3	7	4,4	46	28,7
pele raramente úmida	80	50,0	0	0,0	80	50,0
Atividade						
acamado	3	1,9	1	0,6	4	2,5
sentado	38	23,8	10	6,2	48	30,0
anda ocasionalmente	41	25,6	1	0,6	42	26,2
anda frequentemente	66	41,3	0	0,0	66	41,3
Mobilidade						
completamente imobilizado	11	6,9	4	2,5	15	9,4
muito limitada	15	9,4	5	3,1	20	12,5
ligeiramente limitado	43	26,8	3	1,9	46	28,7
nenhuma limitação	79	49,4	0	0,0	79	49,4
Nutrição						
muito pobre	6	3,7	0	0,0	6	3,7
provavelmente inadequada	35	21,9	5	3,1	40	25,0
adequada	72	45,0	7	4,4	79	49,4
excelente	35	21,9	0	0,0	35	21,9
Fricção e força de cisalhamento						
problema	23	14,4	8	5,0	31	19,4
problema potencial	46	28,7	3	1,9	49	30,6
nenhum problema	79	49,4	1	0,6	80	50,0
Total	148	92,5	12	7,5	160	100,0

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Através do teste Exato de Fisher generalizado.

Observando a presença de UPP, os resultados da Tabela 11 revelam que os idosos com percepção sensorial ligeiramente limitada (5), com pele ocasionalmente úmida (7), que permanecem longos períodos sentados (10), com mobilidade muita limitada (5) e problemas em fricção e de força de cisalhamento (8), são maioria entre os portadores da lesão.

Observa-se que há diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da escala de Braden ($p < 0,001$), quando associados ao desenvolvimento de UPP, com exceção da subescala nutrição ($p = 0,167$).

Também foi possível investigar a história de UPP prévia, onde 19 idosos (11,9%) desenvolveram-na anteriormente. A Tabela 12 apresenta os dados relacionados à UPP atual e UPP prévia com os escores de risco da Escala de Braden.

Tabela 12 – Presença de UPP e histórico de UPP prévia, segundo os escores totais da Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2013.

Classificação de risco da Escala de Braden	UPP na vida									
	UPP atual		UPP atual + UPP prévia				Nunca apresentou		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sem risco	0	0,0	0	0,0	1	0,6	86	53,8	87	54,4
em risco	1	0,6	1	0,6	5	3,1	35	21,9	42	26,2
risco moderado	2	1,2	4	2,5	3	1,9	5	3,1	14	8,7
alto risco	3	1,9	1	0,6	4	2,5	9	5,7	17	10,7
Total	6	3,7	6	3,7	13	8,1	135	84,5	160	100,0

Fonte: própria pesquisa.

Na Tabela 12, os achados chamam atenção para a variável UPP prévia, pois dos 19 idosos que haviam apresentado a lesão anteriormente, seis pessoas foram identificadas com UPP na ocasião da pesquisa e apenas 1 idoso que apresentou UPP prévia não está classificado em algum nível de risco pela escala de Braden. Do mesmo modo, os idosos portadores de UPP atual encontram-se classificados em algum nível de risco pela escala de Braden.

4.6 AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA ATIVIDADES DE VIDAS DIÁRIAS DOS IDOSOS E ÚLCERAS POR PRESSÃO

Na Tabela 13, buscou-se determinar a associação estatística existente entre o nível de independência para a realização no desempenho das seis funções de AVD - banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se e a presença de UPP.

Tabela 13 - Ocorrência de UPP, segundo nível de independência para realização das atividades de vida diária. João Pessoa-PB, 2013.

Atividades da Vida Diária	UPP				Total		Valor de p*
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
Banho							
independência	69	43,1	0	0,0	69	43,1	p=0,001
dependência parcial	14	8,7	0	0,0	14	8,7	
dependência total	65	40,7	12	7,5	77	48,2	
Vestuário							
independência	86	53,8	1	0,6	87	54,4	p=0,002
dependência parcial	27	16,9	2	1,2	29	18,1	
dependência total	35	21,9	9	5,6	44	27,5	
Higiene Pessoal							
independência	78	48,7	0	0,0	78	48,7	p<0,001
dependência parcial	20	12,5	1	0,6	21	13,1	
dependência total	50	31,2	11	6,9	61	38,2	
Transferência							
independência	77	48,1	1	0,6	78	48,7	p<0,001
dependência parcial	46	28,8	2	1,2	48	30,0	
dependência total	25	15,7	9	5,6	34	21,3	
Continência							
independência	68	42,5	0	0,0	68	42,5	p<0,001
dependência parcial	21	13,1	0	0,0	21	13,1	
dependência total	59	36,9	12	7,5	71	44,4	
Alimentação							
independência	86	53,8	1	0,6	87	54,4	p<0,001
dependência parcial	27	16,9	2	1,2	29	18,1	
dependência total	35	21,6	9	5,9	44	27,5	
Total	148	92,5	12	7,5	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Através do teste Exato de Fisher generalizado.

No que concerne à independência/dependência funcional para AVD pela Escala de Katz (LINO *et al.*, 2008) entre os idosos pesquisados, verifica-se majoritariamente que 77 idosos (48,2%) eram totalmente dependentes para tomar banho, 87 (54,4%) eram

independentes para vestirem-se, 78 (48,7%) eram independentes para a higiene pessoal na ida ao banheiro, 78 (48,7%) eram independentes para transferir-se de um local para outro, 68 (42,5%) possuíam continência total e 87 (54,4%) alimentavam-se sem assistência. Demonstrando que nos idosos institucionalizados pesquisados prevalece a independência para suas atividades de vida diária.

No entanto, observa-se que todas as variáveis referentes às atividades de vida diária apresentam diferença estatisticamente significativa entre os idosos com úlcera e aqueles sem UPP, as atividades são banho ($p=0,001$), vestuário ($p=0,002$), higiene pessoal ($p<0,001$), transferência ($p<0,001$), continência ($p<0,001$) e alimentação ($p<0,001$). Esses dados apontam uma relação entre dependência para AVD e o desenvolvimento de úlceras por pressão. Neste sentido, a Tabela 14 demonstra a ocorrência de UPP de forma substancialmente maior entre os idosos com dependência total para as AVD.

Na Tabela 14 são apresentados os dados referentes ao índice de independência funcional para AVD, associados à faixa etária.

Tabela 14 – Avaliação do índice de independência funcional para ADV, segundo faixa etária. João Pessoa-PB, 2013.

Índice de Katz	Faixa etária				Total		Valor de p*
	60 a 79 anos		80 anos ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
Independente	23	14,4	23	14,4	46	28,8	p=0,033
Dependente em 1 tarefa	9	5,6	6	3,7	15	9,3	
Dependente em 2 tarefas	3	1,9	4	2,5	7	4,4	
Dependente em 3 tarefas	2	1,2	7	4,4	9	5,6	
Dependente em 4 tarefas	5	3,1	4	2,5	9	5,6	
Dependente em 5 tarefas	4	2,5	8	5,0	12	7,5	
Dependente em 6 tarefas	15	9,4	47	29,4	62	38,8	
Total	61	38,1	99	61,9	160	100,0	

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Através do teste Exato de Fisher generalizado.

Em relação ao Índice de Katz (IK), entre os 160 indivíduos da amostra 46 (28,7%) eram independentes para todas as AVD estudadas e 114 (71,3%) possuíam alguma dependência para AVD (IK=1, 2, 3, 4, 5 ou 6 tarefas). Entre os idosos de 60 a 79 anos, 23 (14,4%) eram independentes nas 6 funções e 15 (9,4%) eram dependentes em todas as

funções. Já para os indivíduos de 80 anos ou mais, 23 (14,4%) eram independentes e 47 (29,4%) eram dependentes em todas funções. Foi observada uma associação significativa ($p=0,033$) com a faixa etária, uma vez que o número de idosos dependentes era maior nos idosos mais idosos, 80 anos ou mais (76), contra 38 dos idosos com 60 a 79 anos (Tabela 14).

De acordo com as razões de chance, foi verificado que os idosos com idade igual ou superior a 80 anos apresentaram um risco 3 vezes maior de serem dependentes em todas as 6 tarefas da vida diária em relação aos idosos com idade entre 60 e 79 anos. Foi constatado ainda, que os idosos com 80 anos ou mais que apresentam dependência nas 6 tarefas das AVDs têm 70 vezes mais chances de apresentarem risco para desenvolver UPP.

Também foi possível realizar uma interrelação confrontando as atividades da vida diária (ADV) dos idosos e a classificação do risco de desenvolver UPP, segundo as escalas de Katz e Braden, respectivamente, como demonstrado na Tabela 15.

Tabela 15 - Escore médio total da escala de Braden, segundo os níveis da escala de Katz.
João Pessoa-PB, 2013.

Escala de Katz	Escala de Braden		
	n	Média	Classificação do Risco
independente em todas as funções	46	21,5	Sem risco
dependente em 1 tarefa	15	20,9	Sem risco
dependente em 2 tarefas	7	20,8	Sem risco
dependente em 3 tarefas	9	20,6	Sem risco
dependente em 4 tarefas	8	18,7	Em risco
dependente em 5 tarefas	12	18,2	Em risco
dependente em 6 tarefas	51	15,2	Em risco

A Tabela 15 é proveniente da análise dos escores totais médios da escala de Braden, ou seja, as tendências médias de desenvolver UPP, segundo aproximação numérica entre a média estatística e a classificação da escala de Braden (19 ou mais – Sem risco; 15 a 18 – Em risco; 13 a 14 – Risco moderado; 10 a 12 – Alto risco e 9 ou menos – Risco muito alto). Neste sentido, é percebido a tendência do aumento do risco médio de desenvolver UPP à medida que aumenta o grau de dependência das atividades da vida diária, ou seja, quanto mais dependente o idoso na realização das atividades da vida diária, maior é o risco de desenvolver UPP.

Diante da análise estatística, foi possível definir ainda, o relacionamento direto que existe entre a variável risco para desenvolvimento de UPP e a dependência das AVD, sendo medido através do Coeficiente de Correlação, obtendo este um valor de 0,662 para esta amostra, indicando que o aumento do grau de dependência do idoso para realizar as atividades da vida diária está correlacionado com o aumento do risco de desenvolver úlcera por pressão.

Através da análise de razões de chances, os idosos dependentes em todas as 6 tarefas das AVDs têm, aproximadamente, 44 vezes (Odds Ratio) mais chance de estarem em risco de desenvolver UPP. Essa relação foi verificada também em comparação do sexo, sendo que os homens dependentes nas 6 funções relacionadas às AVD da Escala de Katz têm 12 vezes mais chances de apresentarem algum risco de desenvolver UPP, enquanto que essa chance nas mulheres foi 85 vezes maior.

4.7 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ÚLCERAS POR PRESSÃO

Considerando a importância da nutrição na gênese da UPP, buscou-se avaliar o estado nutricional dos idosos pela Mini Avaliação Nutricional® (MAN).

Tabela 16 – Associação da avaliação nutricional e a presença de UPP. João Pessoa-PB, 2013.

Estado nutricional	UPP				Total		Valor de p*
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
nutrição adequada	52	32,5	1	0,6	53	33,1	p = 0,006
risco para desnutrição	53	33,2	2	1,2	55	34,4	
desnutrição	43	26,9	9	5,6	52	32,5	

Fonte: própria pesquisa.

Nota: *Através do teste Exato de Fisher

Quanto à avaliação nutricional, 53 idosos (33,1%) apresentaram nutrição adequada pela MAN, 55 idosos (34,4%) encontravam-se em risco para desnutrição, 52 (32,5%) desnutridos. A Tabela 16 demonstra que a avaliação nutricional dos pacientes está estatisticamente associada com o desenvolvimento de UPP ($p=0,006$), assim, daqueles idos que desenvolveram UPP, 75% deles apresentavam desnutrição.

A ocorrência de UPP é uma realidade presente em vários locais de assistência à saúde, sendo frequentemente encontradas em pacientes graves, agudos, hospitalizados ou crônicos e em locais de institucionalização por longos períodos, sendo os idosos parte do grupo de risco para o desenvolvimento destas lesões, somente pelo processo de envelhecimento (SOUZA, 2005).

Nos aspectos sociodemográficos, observou-se uma predominância do sexo feminino, fato este demonstrado nos dados oficiais do nosso país, onde ocorre uma maior sobrevivência de mulheres, apontando 55,5% da população idosa, conforme o censo de 2010 (IBGE, 2010). Corroborando também com dados demográficos obtidos em outros estudos nacionais realizados em ILPI (COLEMBERGUE; CONDE, 2011; DAVIM *et al*, 2004; LISBOA, 2010; SOUZA, 2005). Esses dados demonstram que as mulheres apresentam maior longevidade que os homens, o que as leva a períodos mais longos de doenças crônicas, possibilitando a evolução para o estado de debilidade própria da senescência (CHAYAMITI; CALIRI, 2010; SILVA *et al.*, 2010).

Percebeu-se que a maioria dos idosos investigados se enquadravam no grupo de idosos mais idosos (acima de oitenta anos), fato este que apresentou associação significativa com o risco para desenvolver UPP ($p=0,045$).

A maioria dos idosos institucionalizados estudados foram encaminhados às instituições por familiares. Pelo fato de não terem condições físicas e até mesmo psicossociais para viverem sozinhos, e por não terem suporte familiar de filhos ou cônjuges. Os novos arranjos familiares, como aqueles em que a mulher mora só, mães solteiras, casais sem filhos e filhos que emigraram, reduzem a perspectiva de envelhecimento com um suporte familiar, aumentando o risco para a institucionalização (CHAIMOWICS; GRECO, 1999).

Com relação às condições clínicas dos idosos, verifica-se na Tabela 2 o predomínio de doenças crônicas e incapacitantes, limitando o auto-cuidado, a realização das AVD, interferindo na percepção sensorial, mobilidade, atividade, nutrição e umidade, aspectos estes explorados pela escala de Braden. A associação de maior predominância de morbidades com a presença de UPP foi de doenças neurológicas (83,3%), hipertensão arterial (58,3%) e depressão (25%).

A vulnerabilidade para desenvolver UPP cresce proporcionalmente à associação de comorbidades que levam o idoso à perda da mobilidade, a ingestão de medicamentos que podem afetar a mobilidade, reduzir a perfusão tissular, a imunidade, o processo de cicatrização, entre outros (ARAÚJO; MOREIRA; CAETANO, 2011).

As medicações de maior utilização pelos idosos pesquisados foram psicotrópicos e anti-hipertensivos, corroborando, portanto, com os achados de Souza (2005) e Lisboa (2010), onde os psicotrópicos foram as medicações mais utilizadas pelos idosos de ILPIs.

A associação de medicamentos com a presença de UPP demonstrou que os mais utilizados foram antipsicóticos (50%), anti-hipertensivos (50%), antidepressivos (41,7%) e antiparkinsoniano (33,3%). Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os idosos com UPP e aqueles sem a lesão relacionados aos medicamentos, sabe-se que o uso de neurolépticos ou psicotrópicos pode ocasionar sonolência, com consequente diminuição de atividade, mobilidade, ingestão de alimentos, contribuição para incontinência urinária, além da diminuição da sensação de necessidade de mudança de posição.

Nesse sentido, os medicamentos também interferem nas AVDs e os idosos podem necessitar da presença do cuidador para auxílio no controle de sua ingestão e na manutenção da adesão. Esta população necessita de uma supervisão mais cuidadosa pelo risco de interação entre os vários fármacos e da polifarmácia pelo grande número de medicamentos prescritos e pela própria farmacocinética que são alteradas pelo envelhecimento (HUNTER; CRY, 2006; LYRA Jr. *et al*, 2006).

Em relação à incontinência fecal, esta apresentou-se estatisticamente significativa ($p=0,004$), entretanto os dados demonstram que a maioria dos idosos que tinham incontinência fecal não desenvolveram UPP. Outra característica importante refere-se à incontinência urinária, onde foi observada a ocorrência desta em 55,6% dos idosos, corroborando com estudos desenvolvidos em ILPLs nos municípios de Blumenau e Itajaí com presença de incontinência urinária em 57,3% dos idosos institucionalizados (BUSATO; MENDES, 2007). Foi possível observar também, uma diferença significativa entre as faixas etárias dos idosos ($p=0,033$), aumentando com a idade, assim como, significância estatística com a presença de UPP ($p<0,001$) em que todos os idosos que apresentaram UPP no momento da coleta eram incontinentes e utilizavam fraldas.

A umidade decorrente da incontinência fecal e urinária predispõe os idosos a lesões de pele, devido à fricção, a irritações e colonizações por microrganismos (GOMES; MAGALHÃES, 2008; WONCS, 2010), exigindo uma maior atenção dos que acompanham os mesmos. Os cuidados devem ser constantes para evitar a umidade excessiva; dessa forma, o uso de fralda não protege a pele, pois é imprescindível mantê-la sem umidade. Assim, a higiene para remoção dos resíduos de excretas, a troca constante de fraldas, além da utilização de barreiras tópicas protetoras se faz necessária.

Somados à esses aspectos os cuidadores dos idosos, profissionais ou leigos, devem ser constantemente orientados sobre a importância de medidas preventivas de UPP, revendo e implementando procedimentos simples como o alívio da pressão, a mudança de decúbito, uso correto do lençol móvel, o posicionamento nas cadeiras e no leito, prevenção do atrito nas movimentações, controle da umidade, bem como a facilitação e estímulo na alimentação e hidratação, fundamentais entre os idosos, de modo que a prevenção de úlceras por pressão esteja implantada de fato no cuidados das ILPIs (SOUZA, 2005).

No tocante às medidas preventivas para UPP, a Tabela 6 propõe a reflexão acerca do uso destas nas instituições de longa permanência para idosos, de acordo com a ausência e presença de UPP, desta forma foi observado que os cuidados encontrados entre os portadores de UPP não preveniram o aparecimento das lesões. Vários fatores poderiam interferir neste resultado, como a iniciação de forma tardia das medidas preventivas, dando-se com a lesão já instalada; o uso inadequado dos mecanismos disponíveis, sendo na manipulação destes ou no tempo de permanência; ou a ausência de uma avaliação efetiva das necessidades apresentadas por tais idosos de modo a ser elaborado um plano de cuidados voltado à prevenção deste e de outros agravos, considerando-se sua aplicabilidade em cada caso.

Vale ressaltar que alguns idosos portadores de UPP não utilizavam algumas medidas preventivas como aliviadores de pressão, ingesta frequente de líquidos e lençóis da cama esticados, sabendo-se que estas deveriam estar implementadas a fim de prevenir a gênese de novas lesões e ajudar no tratamento das UPP presentes.

Quando associadas às medidas preventivas com o risco para UPP pela escala de Braden (Tabela 8), os dados demonstram que majoritariamente os idosos classificados em algum nível de risco para UPP utilizavam as medidas preventivas, entretanto a utilização destas medidas é imprescindível diante do risco para úlceras por pressão, assim espera-se que a utilização das medidas preventivas aconteça em todos os idosos predisponentes à gênese de destas lesões.

A prevalência de UPP encontrada foi de 7,5%, semelhante à dados encontrados em ILPI de 10,5% de prevalência (LISBOA, 2010). Ressalta-se também a presença de UPP prévia e atual, onde dos 12 idosos que apresentavam atualmente UPP, 6 deles (50%) tinham história prévia de úlceras por pressão. Souza (2005) evidenciou que idosos com história de UPP anterior têm 2,76 vezes mais chance de desenvolver a lesão comparativamente aqueles sem histórico.

Foi possível averiguar que 73 (45,6%) dos idosos pesquisados estavam classificados em algum nível de risco para UPP segundo avaliação realizada pela escala de Braden, além de

todos os idosos portadores de UPP se enquadrarem em algum nível de risco para desenvolvimento de úlceras por pressão. 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, estado nutricional e a capacidade funcional têm um papel importante na formação destas lesões, verificadas nesta e em outras pesquisas (AGUIAR, 2011; LISBOA, 2010; SOUZA, 2005).

Fernandes e Caliri (2008) enfatizam que todos os aspectos devem ser considerados, pois uma úlcera por pressão não ocorre apenas por um determinado fator de risco, mas pela relação dos diversos fatores com o indivíduo. Destaca-se, portanto, os idosos que foram classificados no escore Sem risco, mas que, quando observadas individualmente as subescalas, apresentavam fatores como pele muito úmida, idosos que permaneciam constantemente sentados, nutrição muito pobre e provavelmente inadequada e com problema para fricção e cisalhamento, situações que podem predispor esses idosos a desenvolver lesões de pele.

A avaliação das subescalas de Braden é importante à medida que percebe-se as fragilidades de cada indivíduo, podendo estas serem manejadas de modo a ampliar os cuidados cabíveis, prevenindo que esses indivíduos passem de sem risco para algum nível de risco para UPP pela escala de Braden.

Os subescores de risco da escala de Braden como percepção sensorial, atividade, mobilidade e força de fricção e cisalhamento, mostraram-se importantes entre os idosos com UPP, apresentando aos escores mais baixos, o que aponta uma maior vulnerabilidade para a perda da integridade tissular. No estudo de Souza (2005), o comprometimento da mobilidade foi o fator de risco mais importante para o desenvolvimento dessas lesões.

Estudo desenvolvido por Steffen, Hacker e Mollinger (2002) evidenciou que quando um indivíduo envelhece, alguns sistemas orgânicos experimentam um declínio de função, sendo comum associá-lo ao processo de envelhecimento, mas, apesar dessas 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.

O comprometimento da capacidade funcional dos idosos surge como um problema de saúde pública, uma vez que o sistemático processo de envelhecimento populacional, o baixo nível sócio-econômico e educacional no país, e a alta prevalência de doenças crônicas são causadores de limitações funcionais e de incapacidades entre os idosos brasileiros, conforme

mentionado por alguns autores (AGUIAR, 2011; COSTA; NAKATANI, BACHION, 2006; GIACOMIN *et al.*, 2008).

Verificou-se que quanto maior o comprometimento da mobilidade física, maior o número de idosos com algum risco para desenvolvimento de UPP na escala de Braden, da mesma forma, a maior dependência funcional para AVD, influencia na presença de UPP, condição consensual e descrita em outros estudos (AGUIAR, 2011; DEALEY, 2008; EPUAP; NPUAP, 2009a; LISBOA, 2010).

Concernente a avaliação das atividades de vida diária, evidenciou-se um elevado comprometimento na capacidade funcional dos idosos com 80 anos ou mais, aumentando a dependência nas atividades com a idade, demonstrando também associação significativa com a presença de UPP, situação também comprovada em pesquisas anteriores (AGUIAR, 2011; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; GIACOMIN *et al.*, 2008).

Acrescido a estes aspectos, durante a coleta de dados, verificou-se que os idosos desenvolviam poucas atividades, repercutindo nos níveis de atividade e mobilidade. É comum a atitude de alguns idosos de adotarem uma posição de total passividade, traduzindo-se por sentimentos de impotência, incapacidade, inutilidade e, por vezes, o desejo de morrer. Na realidade cotidiana destas instituições, a sensação que se tem é de marasmo, vivenciado em todos os ambientes, a vida simplesmente passa: idosos sentados estáticos, muitas vezes, um ao lado do outro, sem conversas ou, quando se ouve alguma voz, na maioria das vezes é solitária. Idosos falam, mas não se ouve, uns gritam sem motivo aparente, outros vagam. Poucas atividades cotidianas são realizadas, as datas comemorativas são festejadas anualmente da mesma forma, não existem atividades físicas, educativas ou ocupacionais.

Para a nutrição, a maioria dos idosos apresentou pelo IMC, subescore nutrição da escala de Braden e mini avaliação nutricional, respectivamente, baixo peso, nutrição adequada e risco para desnutrição, nos idosos que possuem UPP foram encontrados em maioria respectivamente, baixo peso, nutrição adequada e desnutrição, mostrando que a avaliação da nutrição difere e é estatisticamente significativa para a presença de UPP apenas na MAN ($p=0,006$). Os resultados de comprometimento nutricional como baixo peso e desnutrição em idosos foram encontrados em outros estudos realizados em população semelhante (COLEMBERGUE; CONDE, 2011; FÉLIX; SOUZA, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2010; SALETTI *et al.*, 2000; SPINELLI; ZANARDO; SCHNEIDER, 2010).

Estudo desenvolvido por Serpa (2006), realizado com 170 pacientes, em duas instituições privadas de São Paulo, mostrou que a subescala Nutrição da Escala de Braden sozinha, que avalia ingestão alimentar, é frágil para predizer o risco para desenvolver UPP.

Avaliados os vários aspectos concernentes à gênese das UPP, como aspectos sociais, fatores de risco, medicalização, mecanismo de prevenção, mobilidade e estado nutricional, é tácito que estes devem ser exaustivamente analisados e comparados com os estudos já desenvolvidos para que assim se alcance o ponto comum dentre os inúmeros vieses que apontam para o desenvolvimento das UPP, o qual se busca compreender e intervir de forma à ampliar sua prevenção até o não surgimento destas lesões de pele, tão massacrantes para os serviços e usuários.

6 CONCLUSÃO

Quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínicos dos idosos pesquisados

Diante das caracterizações sociodemográficas, os idosos institucionalizados eram predominantemente do sexo feminino, com faixa etária a partir de oitenta anos, variando entre os 63 e os 105 anos, situando-se a média de idades nos 81,9 anos, com o grau de escolaridade alfabetizados, de cor ou raça branca, solteiros, sem filhos, com a maioria aposentada, com renda de um à três salários mínimos, média de tempo de institucionalização de 77,5 meses, variando de 1 à 528 meses, utilizavam em maioria os serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Quanto às características de saúde, os resultados mostram que os idosos em sua maioria apresentavam doenças do sistema circulatório e do sistema nervoso. No que se refere ao uso de medicamentos, a maioria dos idosos que compuseram a amostra fazia uso de psicotrópicos, seguidos de anti-hipertensivos, com uma média de 4,1 medicamentos/idoso.

Quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP

Dos 160 idosos pesquisados, 155 possuíam algum fator de risco para UPP, perfazendo uma média de 3,1 fatores de riscos/idoso. Quando estudado este aspecto dentre os portadores de UPP, esta média aumenta para 4,6 fatores de riscos/idoso.

No que concerne às análises estatísticas dos fatores de riscos para UPP estudados, encontramos a dependência para mudança de decúbito ($p<0,001$), as incontinência fecal ($p=0,004$) e urinária ($p=0,001$), o déficit cognitivo ($p=0,013$) e a limitação física ($p=0,030$) significativamente associadas com o aparecimento de UPP, uma vez que as frequências observadas de ocorrência de UPP para os idosos que apresentaram esses fatores de risco foram sempre maiores.

Quando os fatores de risco foram associados à classificação do risco pela escala de Braden, encontrou-se significância estatística para a mudança de decúbito ($p<0,001$), incontinência fecal ($p<0,001$), incontinência urinária ($p<0,001$), déficit cognitivo ($p<0,001$), limitação física ($p<0,001$) e índice de massa corporal ($p=0,016$), de modo que quanto mais se eleva a classificação de risco para UPP pela escala de Braden, mais contundentes esses fatores de risco se apresentam.

Quanto à prevalência de idosos com úlceras por pressão e sua caracterização

Dos 160 idosos analisados, 12 apresentaram UPP, sendo que 9 idosos possuíam lesão única, 2 possuíam uma segunda e 1 possuía ainda uma terceira úlcera, totalizando 16 lesões, apresentando uma média de 1,3 UPP por idoso e prevalência de 7,5% de UPP em idosos institucionalizados.

As úlceras por pressão foram predominantemente localizadas no glúteo (49,9%), seguidas da região sacral (25,3%); as UPP em estágio II foram mais frequentes com 12 ocorrências (75%). Quanto ao tamanho, as UPP encontradas possuíam de 1 à 45 cm² (largura x comprimento) e apenas uma úlcera por pressão estava em estágio III, sendo verificada a profundidade de 1 cm.

Medidas de prevenção para úlceras por pressão utilizadas entre os idosos institucionalizados

Em relação ao uso de aliviadores de pressão nas proeminências ósseas era utilizado por 60 idosos (37,5%); 100 (62,5%) aceitavam bem a oferta de líquidos; 136 (85%) mantinham os lençóis esticados; 151 (94,4%) mantinham os lençóis limpos e livres de resíduos alimentares; 89 (55,6%) realizavam mais de um banho diariamente e 93 (58,1%) faziam uso de hidratantes na pele.

É imprescindível a implementação dessas medidas em todos os idosos institucionalizados, ressaltando ainda aqueles que apresentam algum nível de risco pela escala de Braden e os portadores de UPP, haja visto que essas medidas ainda não estão totalmente presentes dentre esses indivíduos.

Quanto ao risco de úlcera por pressão pela escala de Braden

Em relação à avaliação do risco para UPP, dos 160 pesquisados, 73 (45,6%) apresentaram escore de Braden ≤ 18 , ou seja, estavam classificados em algum nível de risco para UPP. O escore médio da escala de Braden foi 18,3, variando entre 10 e 23 pontos. Neste sentido, 87 idosos foram classificados pela escala como Sem risco, 42 Em risco, 14 em Risco moderado e 17 em Alto risco.

Verificou-se que nenhum dos idosos classificados como Sem risco apresenta UPP e 61 idosos (38,2%) encontram-se Em risco para UPP e não desenvolveram tais lesões.

Quanto aos domínios desta escala, observa-se que há diferenças estatisticamente significativas para percepção sensorial ($p<0,001$), umidade ($p<0,001$), atividade ($p<0,001$), mobilidade ($p<0,001$) e fricção e força de cisalhamento ($p<0,001$), relacionados ao desenvolvimento de UPP.

Avaliação da independência funcional para atividades de vidas diárias dos idosos e úlceras por pressão

Quanto à dimensão da independência/dependência funcional para AVD pela Escala de Katz entre os idosos pesquisados, verifica-se majoritariamente que 77 idosos (48,2%) eram totalmente dependentes para tomar banho, 87 (54,4%) eram independentes para vestirem-se, 78 (48,7%) eram independentes para a higiene pessoal na ida ao banheiro, 78 (48,7%) eram independentes para transferir-se de um local para outro, 68 (42,5%) possuíam continência total e 87 (54,4%) alimentavam-se sem assistência.

Apresentando também, diferença estatisticamente significativa entre os idosos com úlcera e aqueles sem UPP em todas as variáveis referentes às atividades de vida diária, banho ($p=0,001$), vestuário ($p=0,002$), higiene pessoal ($p<0,001$), transferência ($p<0,001$), continência ($p<0,001$) e alimentação ($p<0,001$). Esses dados apontam uma relação entre dependência para AVD e risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, de modo que quanto mais dependente o idoso na realização das atividades da vida diária, maior é o risco de desenvolver UPP.

Foi observada uma associação significativa ($p=0,003$) entre a escala de Katz, com a faixa etária, uma vez que o número de idosos dependentes era maior nos idosos mais idosos, 80 anos ou mais (76), contra 38 dos idosos com 60 a 79 anos. Acrescido a esses aspectos, a análise possibilitou verificar que os idosos com idade igual ou superior a 80 anos apresentam um risco 3 vezes maior de serem dependentes em todas as 6 tarefas da vida diária em relação aos idosos com idade de 60 a 79 anos.

Também foi possível realizar uma interrelação confrontando as atividades da vida diária dos idosos e a classificação do risco de desenvolver UPP, sendo portando contatado que quanto mais dependente o idoso na realização das atividades da vida diária, maior é o risco de desenvolver úlceras por pressão.

Avaliação nutricional e úlceras por pressão

No que diz respeito à avaliação nutricional, 53 idosos (33,1%) apresentaram nutrição adequada pela MAN, 55 idosos (34,4%) encontravam-se em risco para desnutrição, 52 (32,5%) desnutridos. Foi observado também, que a classificação nutricional está estatisticamente associada com o desenvolvimento de UPP ($p=0,006$), assim, daqueles idosos que desenvolveram UPP, 75% deles apresentavam desnutrição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos que estão institucionalizados necessitam de maior atenção quanto à ocorrência de úlceras por pressão, pela fragilidade social, psicológica e física em que podem se encontrar. Além destes, a ausência de suporte familiar, o isolamento social, a falta de privacidade, déficit de registros sistematizados de diagnósticos médicos e de enfermagem, atividades cotidianas reduzidas, são aspectos frequentemente encontrados nesta população.

Este estudo destaca que a avaliação do risco pela escala de Braden constitui um importante instrumento para prever o risco para UPP. Concomitantemente à utilização da escala de Braden, e garantia deste enquanto registro, deve ser considerada na avaliação do profissional enfermeiro, pois alguns aspectos isolados na escala de Braden podem não apontar o risco para UPP, entretanto a avaliação clínica do profissional pode ser determinante na evolução da debilidade senil, de modo que a intervenção prévia com mecanismos que garantam a intervenção eficaz e os cuidados pertinentes devem ser implementados precocemente, a fim de garantir a prevenção das úlceras por pressão e a qualidade de vida desta população.

Uma condição importante e frequente entre os idosos institucionalizados é a dependência para a realização de AVD. Grande parte destes idosos demanda ajuda para tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, transferir-se de um lugar a outro e se alimentar, além de muitos terem incontinência urinária e/ou fecal, acarretando a necessidade de cuidados constantes e efetivos por parte dos cuidadores destes idosos. Por outro lado, muitas ILPIs apresentam dificuldades em oferecer um cuidado adequado, sobretudo no que diz respeito à recursos físicos e qualificação de pessoal que presta os cuidados, muitas vezes leigos e sobrecarregados.

Diante da conjuntura observada, os idosos institucionalizados, sejam em risco ou portadores de UPP, não estão sendo cuidados adequadamente no que concerne à prevenção de úlceras por pressão. A realidade nessas instituições no que se refere às condições materiais e humanas não deve constituir justificativa para a ausência desses cuidados. Acredita-se que o preparo dos cuidadores seja o elemento de destaque a ser considerado nesse caso. Portanto, tornar-se necessário que os mesmos sejam orientados para reconhecerem a importância dos cuidados básicos para a prevenção de UPP.

Diante dos resultados encontrados no estudo, identificou-se que diversos fatores agem sinergicamente para o risco de lesão no idoso, desde o próprio envelhecimento biológico, condições clínicas, nível de atividade e mobilidade física, dependência funcional para o autocuidado, estado nutricional, educação para o cuidado preventivo e história prévia de UPP,

o que demonstra uma interessante sequência de influências multifatoriais: a idade aumenta a chance de enfermidades que, por sua vez, favorece o desenvolvimento de UPP que, por fim, compromete a sua qualidade de vida. Estes fatores são demonstrados separadamente no estudo, entretanto fazem parte de uma conjuntura que podem predispor o idoso a desenvolver UPP e devem ser considerados conforme a integralidade de cada indivíduo.

Assim sendo, identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP são fundamentais no manejo e prevenção deste agravo, pois permitem aos profissionais a implementação de medidas apropriadas e protocolos de prevenção nas ILPIs. Certamente, este estudo permite ampliar as evidências para a prática do cuidado, contribuindo não apenas com procedimentos metodológicos na consecução dos objetivos propostos, mas à transformação da realidade do atendimento nas ILPIs e a redução da ocorrência de UPP ainda vigente.

A relevância desse trabalho relaciona-se à ampliação do conhecimento de um problema frequente, úlceras por pressão, uma vez que os estudos dessa temática em idosos residentes em ILPI são ainda escassos, incipientes ou pouco efetivos, sem impacto na prática profissional. Além disso, sugere-se a investigação da condição psicossocial destes idosos, a fim de verificar a sua relação com as condições orgânicas e o desenvolvimento de UPP.

Almeja-se através deste, poder contribuir de modo a estimular uma maior reflexão dos profissionais de saúde quanto à responsabilidade de buscar a atualização e aplicar medidas preventivas reduzindo, consequentemente, os casos de úlceras por pressão, assim como, proporem ou definirem novas estratégias assistenciais dentro das políticas de saúde, favorecendo um planejamento do cuidar, a inclusão de escalas de avaliação de risco para UPP, como a Escala de Braden, e ampliação de resultados positivos à saúde dos idosos com risco para e/ou com UPP nas instituições de longa permanência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. S. S. **Risco de úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física domiciliados em João Pessoa – PB**. 2011. 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Paraíba.

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.3, 2009.

ÁLAMO, A. C. *et al.* Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un residencial para personas mayores. **Nutr Hosp**, v.23, n.2, p.100-104, 2008.

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

ANSELM, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA JUNIOR, I.. Incidência de úlceras por pressão e ações de enfermagem. **Acta paul. Enferm.**, v.22, n.3, p.257-64, 2009.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm.USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.378-385, 2007.

ARAÚJO, T. M.; MOREIRA, M. O.; CAETANO, J. A. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev enferm UERJ**, v.19, p.58-63, 2011.

ARAÚJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. História da Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Memória da Enfermagem Brasileira. **Rev. Eletrônica Brasília**, v.1, n.1, p.250-262, 2010.

ASPEN, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Nutrition support core curriculum: a casebased approach: the adult patient. **Silver Spring (MDP): ASPEN**; 2007.

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 de maio de 2011.

BERGSTROM, N. *et al.* The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nurs. Res.**, v.36, n.4, p.205-210, 1987.

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.261-269, 1998.

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. Clinical utility of Braden Scale for predicting pressure sores risk. **Decubitus**, v.2, n.3, p.44-51, 1989.

BRASIL, **Lei nº 8.842 - 04 Jan. 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios**. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em 26 jul 2011.

BRASIL, **Lei 10.741-01 Out. 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. In: Estatuto do Idoso. Brasília, 2006, 2º Ed. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, n.19, 2007. 192 p.

BURGOS, A. C. G. F. **Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade** [Tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2010.

BUSATO, W. F. S.; MENDES, F. M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. **Arq Cat Med.**, v.36, n.4, p. 49-55, 2007.

CARAMANGO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, v.27, n.1, p.233-235, 2010.

CASTRO, P. R.; FRANK, A. A. Mini avaliação nutricional Na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.45-64, 2009.

CHACON, J. M. F. *et al.* Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. **São Paulo Med J.**, v.127, n.4, p.211-215, 2009.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5, p.454-460, 1999.

CHAYAMITI, E. M. P. C. **Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliária em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto**. 2008. 135p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo/USP.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.23, n.1, p.28-34, 2010.

CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; STEINBAUGH, M. L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal of the American Geriatrics Society.**, v.33, n.2, p. 116-120, 1985.

CHUMLEA, W. C. *et al.* Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of American Dietetic Association.**, v.88, n.5, p.564-568, 1988.

COLEMBERGUE, J. P.; CONDE, S. R. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. **Sci Med.**, v.21, n.2, p.59-63, 2011.

COOPER, D. M. Assessment, Measurement, and Evaluation: Their Pivotal Roles in Wound Healing. In: BRYANT, R. A., (Org). **Acute & chronic wounds: nursing management.** Missouri: Mosby; p.51-83. 2000.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v.5, n.2, 2003.

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. 35-43, 2006.

COSTA, F. M. F.; COSTA, S. H. P. Assistência de Enfermagem ao Cliente Portador de Úlcera de Pressão: abordando a importância do conhecimento e informação. **Revista Meio Ambiente Saúde**, v.2, 2007.

CREMASCO, M. F. *et al.* Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v.22(spe), p.897-902, 2009.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacionais e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.**, v.18, n.4, p.50-82, 2010.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.518-524, 2004.

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

DONINI, L. M. *et al.* Nutritional status and evolution of pressuresores in geriatric patients. **J Nutr Health Aging**, v.9, n.6, p. 446-454, 2005.

DREYER, E.; BRITO, S. **Terapia nutricional.** Cuidados de enfermagem: procedimentos padronizados para pacientes adultos. Campinas: Grupo de Apoio Nutricional; Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital das Clínicas da UNICAMP; 2003.

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.

EMED, T. C. X. S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Miniavaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2006.

ESTEBÁN, M.; FERNANDÉZ, J.; SALVADO, J. Estado nutricional de la población anciana em función del regimen de institucionalización. **Nutr. Hosp.**, n.3, p.64-72, 2000.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIOAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention of Pressure Ulcers**: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009a. Disponível em: <http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf> Acesso em: 17 Fev. 2011.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP. **Pressure Ulcer Staging Illustrations**. 2009b. Disponível em <www.npuap.org>. Acesso em: 19 Dez. 2010.

FELIX, L. N.; SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.22, n.4, p.571-580, 2009.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados**: uma revisão integrativa da literatura. 2000. 168p. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados no centro de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.6, p.973-978, 2008.

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

FREITAS, E. V. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006, p.609-617.

FREITAS, M. C.; MEDEIROS, A. B. F.; GUEDES, M. V. C. *et al.* Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.1, p.143-150, 2011.

GIACOMIN, K. *et al.* 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.1260-1270, 2008.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GODOY, J. R. P.; MOURA, C. E. M.; SILVA, L. L. M. **Úlceras de pressão**: prevenção e tratamento. Univ. Ci. Saúde, Brasília, DF, v.3, n.2, 2005.

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. *et al.* Factors associated to pressure ulcers in patients at Adult Intensive Care Units. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.1065-1071. 2010.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v.14, n.2, p.271-279, 2005.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.570-577, 2006.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B; GARRY, P.J. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the elderly. Nestle nutrition workshop series. **Clinical & programme**, v.1, 1999.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica**: uma abordagem epidemiológica. Trad. DUNCAN, M.S. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, p.128-129, 2008.

HUNTER, K. F.; CYR, D. Pharmacotherapeutics in older adults. **JWOCN**, Charlottesville, v.33, n.6, p.630-638, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. Rio de Janeiro, Jun 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acesso em: 12 Ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro, IBGE: 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1> Acesso em: 18 Abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Populacional 2010**. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf> Acesso em 17 Fev. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sala de Imprensa**: Síntese de Indicadores Sociais 2010. Rio de Janeiro, Set 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1> Acesso em: 17 Fev. 2011.

IZAOLA, O. *et al.* Mini Nutritional Assessment (MNA). Test as a Tool of Nutritional Evaluation in Hospitalized Patients. **Anales de Medicina Interna**, Madrid, v.22, n.7, p. 313-316, 2005.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p. 914-919, 1963.

KUZUYA, M. *et al.* Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese Frail Elderly. **Nutrition**, New York, v.21, n.4, p.498-503, 2005.

LINO, V. T. S. *et al.* 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.

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

LUECKENOTTE, A. G. Avaliação do tegumento. In: REICHMANN; AFFONSO. **Avaliação em gerontologia**. 3º ed.; 2002, p. 93-97.

LYRA JUNIOR, D. P. *et al.* A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.435-41, maio-jun. 2006.

MAGNONI, D.; CUKIER, C; OLIVEIRA, P. M. **Nutrição na terceira idade**. São Paulo, SARVIER, 2005.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.254-62, 2007.

MENEGON, D. B. *et al.* Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev Hosp Clin Porto Alegre**, v.27, n.2, p.61-64, 2007.

MOREIRA, A. J. *et al.* Composição corporal de idosos segundo a antropometria. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.12, n.2, p. 201-213, 2009.

NASCIMENTO, C. M. *et. al.* Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2409-2418, 2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP. **Update Staging System**: Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP, Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2007. Disponível em <www.npuap.org> Acesso em: 10 Nov. 2010.

NESTLÉ NUTRITION INSTITUTE. **Mini Nutritional Assessment - MNA**. 1998. Disponível em: <http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese_brazil.pdf>. Acesso em: 10/04/2012.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. O desempenho do 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.

PARANHOS, W. Y; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.33, n.esp., p.191-206, 1999.

PARANHOS, W. Y. Úlceras de pressão. In: **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.287-298.

PAULA, H. A. A. *et al.* Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 22, n.4, p. 280-285, 2007.

PEREIRA, R. S. **Risco de Desnutrição em Idosos Institucionalizados do Município do Rio de Janeiro**: um estudo com a Mini Avaliação Nutricional (MAN). 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

RAMOS, M. J. G.; VALVERDE, F. M. G. Alta Prevalência de la Desnutrición en Ancianos Españoles Ingresados en un Hospital General y Factores Asociados. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v.55, n.1, p.71-76, 2005.

REIS, P. O.; CEOLIM, M. F. O significado atribuído a ser idoso por trabalhadores de instituições de longa permanência **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 41, n.1, p.57-64, 2007.

RESENDE, D. M.; BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta paul. Enferm.**, v.19, n.2, p.168-173, 2006.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. 2007. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2011.

SALETTI, A. *et al.* Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. **Gerontology**, v.46, n.3, p-139-145, 2000.

SANTOS, H. S. D. **Conhecimento dos enfermeiros no que concerne a prevenção de úlceras de decúbito em idosos hospitalizados**. 2008. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.115-22, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG. **Instituição de Longa Permanência para Idosos**: manual de funcionamento. 2003.

SCHARFSTEIN, E. A. **Instituições de Longa Permanência: uma alternativa de moradia para idosos brasileiros na vida contemporânea**. Rio de Janeiro: 2006.134p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n.2, p.367-369, 2008.

SERPA, L. F. **Capacidade preditiva da subescala Nutrição da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de UP.** São Paulo, 2006, 150p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SILVA, E. W. N. L. *et al.* Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.22, n.2, p.175-185, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER/SUDDART: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 11 ed., v.4, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Rev Estima**, v.4, n.1, p.36-44, 2006.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V.L.C.G. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.5, p.958-964, 2007.

SPINELLI, R. B.; ZANARDO, V. P. S.; SCHNEIDER, R. H. Avaliação nutricional pela miniavaliação nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região Norte do Rio Grande do Sul. **RBCEH**, v.7, supl. 1, p.47-57, 2010.

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. 129-136, 2002.

STRATTON, R. J. Elucidating effective ways to identify and treat malnutrition. **Proc Nutr Soc.**, v.64, n.3, p.305-311, 2005.

VELLAS, B. *et al.* The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. **Nutrition**, v.15, n.2, p.116-122, 1999.

VERAS, R. P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável.** 2001. 144p. Organização Renato Peixoto Veras – UERJ, UnATI– (Envelhecimento Humano), Rio de Janeiro.

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

VIANA, I. C. **Unidades de alimentação e nutrição (UANs) de instituições geriátricas: estrutura física, operacional e organizacional.** São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

VISVANATHAN, R. *et al.* The Nutritional Status of 250 Older Australian Recipients of Domiciliary Care Services and its Association with Outcomes at 12 Months. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.51, n.7, p.1007-1011, 2003.

WATANABE, H. A. W.; DI GIOVANNI, V. M.. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **BIS**, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, n.47, p. 69-71, 2009.

WILLETT, W. **Nutritional epidemiology**. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1998.

WOCNS - Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. **Guideline for prevention a management of pressure ulcers**. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS); 2010. 96 p.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
Nome do entrevistador (a): _____	
Data da entrevista: ____/____/____	
Instituição: _____	
Iniciais do nome: _____	
Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos	
SEÇÃO A. Dados sócio-demográficos:	
A1) Sexo: (1)M (2) F	
A2) Idade: _____ (anos completos)	
A3) Escolaridade:	
A3a) Grau de instrução:	
(1) Analfabeto(a)	
(2) Alfabetizado(a)	
(3) Nível fundamental completo	
(4) Nível fundamental incompleto	
(5) Nível médio completo	
(6) Nível médio incompleto	
(7) Nível superior completo	
(8) Nível superior incompleto	
(99) NS/NR	
A3b) Quantos anos frequentou a escola? _____ anos (Se nenhum colocar "0")	
A4) Cor ou etnia:	
(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5)Parda	
A5) Estado civil:	
(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3)Viúvo(a) (4) União Estável	
(5) Divorciado(a) (6) Separado(a) (99) NS/NR	
A6) Número de filhos: _____ (99) NS/NR	
A7) Renda:	
(1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR	
A7a) Proveniente de:	
(1) Aposentadoria	
(2) Pensão	
(3) Aluguel	
(4) Doações (família, amigos)	
(5) Outras: _____	
A7b) Valor mensal (Referente ao salário mínimo brasileiro: 622,00)	
(1) Menos que 1 salário	
(2) De 1 à 3 salários	
(3) De 3 à 5 salários	
(4) Mais que 5 salários	
(99) NS/NR	
A8) Tempo na Instituição: ____ dias; ____ meses; ____ anos	

A9) Quem encaminhou pra a instituição: (1) Hospital (2) Serviço Social (3) Familiares (4) Vontade própria (5) Outros: _____ (99) NS/NR			
A10) Serviço de saúde que utiliza: (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Outros: _____ (99) NS/NR			
SEÇÃO B. Dados clínicos:			
B1) Doença de base:			
B1a) Doenças osteoarticulares:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1b) Câncer - Qual? _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1c) Diabetes Mellitus:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1d) Acidente Vascular Encefálico:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1e) Doença Cardíaca:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1f) Doença vascular periférica:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1g) Doença Neurológica	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
() Parkinson () Alzheimer () Outra: _____			
B1h) Hipertensão Arterial:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1i) Obesidade ou magreza significativas:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1j) Paralisia - Local: _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1k) Visão Prejudicada (catarata/glaucoma):	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1l) Cegueira:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1m) Audição Prejudicada:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1n) Surdez:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1o) Problemas respiratórios:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1p) Outras- Quais? _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
SEÇÃO C. Fatores de risco para UPP:			
C1) Tabagista:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C1a) Por quanto tempo? _____ anos (99) NS/NR			
C1b) Quantos cigarros/dia:			
(1) 1 à 10 cigarros/dia			
(2) 10 à 20 cigarros/dia			
(3) 20 à 30 cigarros/dia			
(4) 30 à 40 cigarros/dia			
(5) Mais que 50 cigarros/dia			
C2) Etilista:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C2a) Por quanto tempo? _____ anos (99) NS/NR			
C3) Presença de edema:			
(1) Não (2) Sim			
C3a) Localização: _____			
C4) Higienização da pele:			
(1) Mais de um banho diário (2) Banho diário (3) Banho em dias alternados			
(4) Banho sem tempo determinado (99) NS/NR			
C5) Histórico de fraturas (prévia e/ou atual):			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C5a) Localização: _____			
C6) Incontinência fecal:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			

C7) Incontinência urinária: (1) Não (2) Sim (99) NS/NR C7a) Uso de fralda C7b) Uso de Sonda vesical C7c) Outros C7d) Nenhuma proteção
C8) Déficits cognitivos: (1) Não (2) Sim C8a) Nível alterado de consciência C8b) Sedação C8c) Doença de Alzheimer ou outras demências C8d) Depressão
C9) Limitação Física: (1) Não (2) Sim C9a) O idoso deita, levanta, senta e deambula com autonomia própria C9b) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de instrumento de apoio C9c) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de uma pessoa C9d) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de duas pessoas C9e) O idoso levanta e senta com ajuda, mas não deambula C9f) O idoso é colocado sentado ou transferido de local sendo carregado C9g) Não sai da cama (acamado)
SEÇÃO D. Medicamentos utilizados:
D1) Corticosteróides: (1) Não (2) Sim
D2) Antimicrobianos: (1) Não (2) Sim
D3) Anti-hipertensivos: (1) Não (2) Sim
D4) Analgésicos: (1) Não (2) Sim
D5) Antidepressivos/ Ansiolíticos: (1) Não (2) Sim
D6) Anti-histamínicos: (1) Não (2) Sim
D7) Quimioterápicos oncológicos: (1) Não (2) Sim
D8) Antiagregante plaquetário: (1) Não (2) Sim
D9) Antiácido: (1) Não (2) Sim
D10) Hipoglicemiante: (1) Não (2) Sim
D11) Diuréticos: (1) Não (2) Sim
D12) Outros: _____
Da) Total de medicamentos utilizados: _____
SEÇÃO E. Portador de UPP:
(1) Não (2) Sim
E1) Quantas UP: _____ (Se nenhuma colocar "0")
E2) Tratamento utilizado: _____ (99) NS/NR
E3) Caracterização das UP: (Se nenhuma colocar "0")
(L) Localização: UP 1 () UP 2 () UP 3 () UP 4 ()
1- Occipital 2- Escapular direita 3- Escapular esquerda 4- Dorsal 5- Cotovelo direito 6- Cotovelo esquerdo 7- Sacral 8- Isquiática direita 9- Isquiática esquerda 10- Trocanter direito 11- Trocanter esquerdo 12- Joelho direito 13- Joelho esquerdo 14- Maléolo direito 15- Maléolo esquerdo 16- Calcâneo direito 17- Calcâneo esquerdo

18- Pavilhão auditivo direito	19- Pavilhão auditivo esquerdo
20- Margem lateral do pé direito	21- Margem lateral do pé esquerdo
22- Outro: _____	
(C) Classificação (NPUAP):	
UP 1 ()	UP 2 () UP 3 () UP 4 ()
1- Suspeita de lesão tissular profunda 2- Estágio I 3- Estágio II 4- Estágio III	
5- Estágio IV 6- UPP que não podem ser classificadas	
(M) Mensuração:	
UP 1: largura x comprimento = _____cm ²	Profundidade: _____cm
UP 2: largura x comprimento = _____cm ²	Profundidade: _____cm
UP 3: largura x comprimento = _____cm ²	Profundidade: _____cm
UP 4: largura x comprimento = _____cm ²	Profundidade: _____cm
E3) Já teve UPP anteriormente?	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
E3a) Há quanto tempo atrás? _____ (99) NS/NR	
E3b) Onde era a localização? _____ (99) NS/NR	
E3c) Qual o tempo de cicatrização? _____ dias; _____ meses; _____ anos (99) NS/NR	
E3d) Qual o tratamento utilizado? _____ (99) NS/NR	
SEÇÃO F. Cuidados realizados:	
F1) Possui:	
(1) Cuidador Individual (2) Cuidador da Instituição	
F2) Dependente para mudança de decúbito:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F2a) De quanto em quanto tempo: _____ horas (Se nenhum colocar “0”)	
F3) Uso de travesseiros, almofadas ou similares nas proeminências ósseas:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F4) Ingestão frequente de líquido:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F5) Procura manter os lençóis da cama bem esticados:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F6) Os lençóis estão limpos e livres de resíduos de alimentos?	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F7) Cuidados com a pele:	
(1) Nenhum (2) Uso de hidratantes (3) Uso de Óleos (4) Uso de pomadas	
(5) Outros: _____	
Fonte: Instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras	

APÊNDICE B

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) Senhor (a),

Esta pesquisa tem como título **“Avaliação do risco para desenvolvimento de ulcera por pressão em idosos institucionalizados”** e está sendo desenvolvida por Jackeline Kércia de Souza Ribeiro, enfermeira, mestranda em enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Maria Júlia Guimarães de Oliveira Soares.

O estudo apresenta como objetivo principal conhecer a prevalência e os fatores determinantes para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados

A finalidade deste trabalho é contribuir para o ensino, com dados que podem ser utilizados em processos educativos; à pesquisa, para a enfermagem enquanto ciência e ao serviço, com uma melhor assistência dos profissionais a um paciente idoso com úlcera de decúbito, assim como sua prevenção.

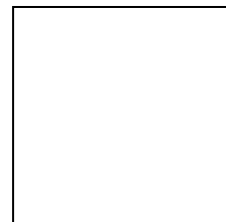
Solicitamos a sua colaboração para com o estudo, respondendo o questionário proposto. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Espaço para impressão
dactiloscópica

Atenciosamente,

Jackeline Kércia de Souza Ribeiro, Enfermeira, Mestranda pela Universidade Federal da Paraíba. Av. São Paulo, n 1305, Bairro dos Estados. CEP: 58030-041. João Pessoa- PB.

Telefone: (83) 8836-9747/ 3216-7109/ e-mail: jacke_kercia@yahoo.com.br

Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, Professora associada da Universidade Federal da Paraíba. Telefone: (83) 8888-1003/ 3216-7248/ email: mmjulieg@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Bloco Arnaldo Tavares, Sala 812, Cidade Universitária, CEP: 58051-900.

Telefone: (83) 3216-7791/ email: eticaccsufpb@hotmail.com

João Pessoa, ... de de 2012

ANEXO A: Escala de Braden

Percepção sensorial Capacidade de reação 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 sêdação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da 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 déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	()
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele completamente 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 que 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 atividade 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 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). Ingere 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 como apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne e lacticínios. Ocasionalmente toma suplemento dietético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Como mais da 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). Como ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	()
Fricção e força 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: Movimenta-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 e 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)

Pontuação total

Fonte: Braden et al., (1987). Validada para o português por Paranhos; Santos (1999)

ANEXO B

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 esfincteriano 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

ANEXO C

Mini Avaliação Nutricional®

Preencher a parte I deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

Altura: _____ cm **Peso:** _____ kg **IMC:** _____
AJ: _____ cm **CB:** _____ cm **CP:** _____ cm **PCS:** _____ mm

Parte I - Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingesta 1 = diminuição moderada da ingesta 2 = sem diminuição da ingesta	()
B Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um a três quilos 3 = sem perda de peso	()
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	()
D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	()
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	()
F Índice de massa corpórea ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m]}^2$) 0 = $IMC < 19$ 1 = $19 \leq IMC < 21$ 2 = $21 \leq IMC < 23$ 3 = $IMC \geq 23$	()
Escore da triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12 pontos ou mais – normal; desnecessário continuar a avaliação 11 pontos ou menos – possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação	()
Parte II – Avaliação global	
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 0 = não	()

1 = sim	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	()
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	()
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	()
K O paciente consome: - pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? () Sim () Não - duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? () Sim () Não - carne, peixe ou aves todos os dias? () Sim () Não 0,0 = nenhuma resposta Sim 0,5 = duas respostas Sim 1,0 = três respostas Sim	()
L O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? 0 = Não 1 = Sim	()
M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos	()
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	()
O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita ser desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problema nutricional	()
P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 1,0 = boa 2,0 = melhor	()
Q Circunferência do braço (CB) em cm 0,0 = CB < 21 0,5 = $21 \leq CB \leq 22$ 1,0 = CB > 22	()
R Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = CP < 31 1 = CP $\geq$ 31	()

Avaliação global (máximo 16 pontos)	()
Escore da triagem	()
Escore total (máximo de 30 pontos)	()
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ≥ 24 pontos - estado nutricional adequado () de 17 a 23,5 pontos – risco para desnutrição () menos de 17 pontos – desnutrido ()	

Fonte: Société des Produits Nestlé S.A. (1998)

ANEXO D

Certidão do conselho municipal do idoso de João Pessoa



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE JOÃO PESSOA
CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE JOÃO PESSOA

João Pessoa, 27 de Março de 2012.

AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria José Nogueira da Silva, Assistente Social do Conselho Municipal do Idoso, autorizo a discente, **JACKELINE KÉRCIA DE SOUZA RIBEIRO**, mestranda da UFPB, do curso de enfermagem, a realizar um projeto de dissertação intitulada **Avaliação do risco para desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados**, nas seguintes instituições: Lar da Providência; Vila Vicentina, do município de João Pessoa. Pedimos a mesma que, ao concluir o projeto discriminado acima, nos envie a cópia do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO das institucionalizadas, juntamente com a cópia do relatório final do projeto apresentado.

Maria José Nogueira da Silva
Assistente Social
Assistente Social
CRESS - 1051

Av. Dom Pedro I, 692 - Centro - CEP: 58.112 - 021 - Fone: 3218-9816

ANEXO E



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 8ª Reunião realizada no dia 22/11/2011, o projeto de pesquisa intitulado: “AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS”, da Pesquisadora Jackeline Kércia de Souza Ribeiro. Protocolo nº. 0305/11.

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



Paulo Henrique D. de Souza
Pesquisador - CEP/CCS/UFPB