

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISTIANE RABELO LISBOA

**RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

**BELO HORIZONTE
2010**

CRISTIANE RABELO LISBOA

RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e na Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Couto Machado Chianca

Co-Orientadora: Profa. Dra. Eline Lima Borges

**BELO HORIZONTE
2010**

L769r Lisboa, Cristiane Rabelo.
Risco para úlcera por pressão em idosos institucionalizados
[manuscrito]. / Cristiane Rabelo Lisboa. - - Belo Horizonte: 2010.
121f.: il.
Orientadora: Tânia Couto Machado Chianca.
Co-orientadora: Eline Lima Borges.
Área de concentração: Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Úlcera de Pressão. 2. Fatores de Risco. 3. Idoso. 4. Instituição de
Longa Permanência para Idosos. 5. Enfermagem. 6. Dissertações
Acadêmicas. I. Chianca, Tânia Couto Machado. II. Borges, Eline Lima. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WR 598

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Elizabeth Ribeiro da Silva

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Básica – ENB

Chefe: Aidê Ferreira Ferraz

Sub-Chefe: Ann Kristine Jansen

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Mattos Penna

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que, com simplicidade e amor, me ensinou o valor da compreensão, do perdão, da honestidade e do respeito.

A minha mãe, pelo exemplo de sensibilidade, determinação e coragem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conduzir, iluminar e amparar.

A minha mãe, pelo enorme amor, estímulo e por estar ao meu lado.

Ao Magno, pelo amor, carinho, incentivo, suporte tecnológico, paciência e por fazer dos meus sonhos os seus. Eu te amo!

À professora Dra. Tânia Couto Machado Chianca, por ter me acolhido, acreditado em mim e pela oportunidade de uma convivência profissional e pessoal enriquecedora. Pelo exemplo de idealismo e competência. Pela paciência, compreensão, respeito às minhas limitações e momentos vividos durante esta jornada e, principalmente, pelo carinho e força em momentos tão difíceis da minha vida.

À professora Dra. Eline Lima Borges, pelos ensinamentos, apoio e grande contribuição para a qualidade deste trabalho.

Aos meus amigos e familiares, pelo apoio nos momentos difíceis e pelas comemorações das vitórias.

A minha irmã Arlete pelo exemplo de determinação, pelo carinho e amizade.

Às enfermeiras Cristina Gonçalves Pimenta, Lana Carla Silveira e Danielle Soares por aceitarem dividir comigo o desafio da coleta de dados e desenvolvê-lo com tanto afinho e profissionalismo.

Aos idosos institucionalizados que participaram desta pesquisa.

Aos funcionários da Fundação Frederico Ozanan e do CRASI, em Itaúna – MG, pelo apoio e pela disponibilidade em me ajudar.

A Daniele Campos, que não se conteve em ser minha amiga pessoal, mas acrescentou ainda a ajuda fundamental no trabalho estatístico desta pesquisa. Obrigada!

Às Professoras Dra. Maria Helena L. Caliri e Dra. Sônia Maria Soares pelas contribuições dadas a este trabalho.

Aos colegas de orientação Cristiane Chaves, Andreza Werli, Domingos, Patrícia Salgado e Meire Chucre, pelas trocas de experiências e conhecimentos, além do carinho e amizade.

Às acadêmicas Luiza e Carol, que, com disponibilidade e atenção, me ajudaram no desenvolvimento deste trabalho.

Ao secretário municipal de saúde de Itaúna, José Oscar Júnior, por possibilitar a conciliação entre trabalho e estudos.

Aos colegas da SMS, Giovane, Simone e Carla pelo apoio principalmente nos momentos em que eu precisei me ausentar. Obrigada!

À bioquímica Andréa e toda a equipe do Laboratório Carlos Chagas.

*À Universidade Federal de Minas Gerais que me possibilitou trilhar
esta trajetória.*

RESUMO

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

A úlcera por pressão (UP), 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, podendo até levar à morte. Este estudo descritivo transversal e correlacional teve como objetivo analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP apresentados por idosos institucionalizados. Foi desenvolvido com 97 idosos, com 60 anos ou mais, residentes em duas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) de uma cidade do interior de Minas Gerais. Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos para identificação do idoso, com variáveis sócio-demográficas e condições clínicas; Escala de Braden; Escala de Katz; Avaliação Nutricional Subjetiva Global e avaliação do nível sérico de albumina, que foram aplicados pela pesquisadora e por três enfermeiras treinadas. Os dados obtidos foram submetidos a análise descritiva e inferencial, utilizando os testes de Kolmogorov-Smirnov, t de Student, qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher e de Mann Whitney. Buscou-se por associações entre incapacidade funcional, estado nutricional e risco para o desenvolvimento de UP, a fim de estabelecer a predição de risco. Para avaliar os fatores que contribuíram para a ocorrência de UP, utilizou-se o modelo de regressão logística tendo a ocorrência de UP como variável resposta. A maioria dos idosos era do sexo feminino (59%), com média de idade de 77 anos, analfabetos (55%), de cor ou raça branca (67%), solteiros (63%), sem filhos (68%) e provenientes de domicílio próprio (49%). Anteriormente, 30% moravam sozinhos e tinham dificuldades para realizar atividades de vida diária (AVD), sendo este o motivo principal da institucionalização. Houve predomínio de doenças cardiovasculares (72%), uso de neurolépticos ou psicotrópicos (80,4%) e anti-hipertensivos (57,7%). A hipertensão arterial e diabetes estiveram presentes em 62% e 20% dos idosos, respectivamente. O escore médio da escala de Braden foi de 19,24 pontos, sendo que 36% dos idosos apresentaram risco para desenvolvimento de UP. Entre os idosos, 77% possuíam alguma dependência para AVD, todos foram classificados como bem nutridos e a maioria (88%) tinha nível sérico de albumina normal. Observou-se que 10,3% possuíam UP, com localizações frequentes na região sacral (45%) e trocantérica (19%). Houve predomínio de UP em estágio IV (37%) e III (24%). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os indivíduos com ou sem UP nas variáveis clínicas, uso de medicamentos e nas sócio-demográficas, exceto para grau de instrução. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa para as variáveis referentes às AVD e subescalas de Braden ($p < 0,05$) e na presença de nível sérico normal de albumina ($p < 0,002$), além de depleção leve ($p < 0,009$). Houve alta correlação entre Categorias da Escala de Katz e Pontuação da Escala de Braden (coeficiente de correlação = 0,839; $p < 0,05$) e baixa correlação entre subescala nutrição de Braden e nível sérico de albumina (coeficiente de correlação = 0,277; $p < 0,05$). Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre nível sérico de albumina, pontuação na escala de Braden e existência de UP. Este estudo contribui para o conhecimento sobre os fatores de risco para UP em idosos institucionalizados, mas outros devem ser realizados a fim de verificar a relação entre as condições clínicas, psicossociais e o desenvolvimento de UP.

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

ABSTRACT

LISBOA, C. R. **Risk for pressure ulcer in institutionalized elderly.** Belo Horizonte (MG), 2010. 121 p. Master's Thesis – College of Nursing, Federal University of Minas Gerais.

Pressure ulcer (PU), an important health problem in the institutionalized elderly population, does not only increase spending on care delivery, but also entails important repercussions for their lives, such as increased morbidity and decreased quality of life, and may even lead to death. This descriptive cross-sectional correlation study aimed to analyze the risk factors for the development of PU among institutionalized elderly. Participants were 97 elderly, aged 60 years or older, who lived at two homes for the aged (HA) in an interior city in Minas Gerais, Brazil. For data collection, the following were used: instruments to identify the elderly, with sociodemographic variables and clinical conditions; Braden Scale; Katz Scale; Subjective Global Nutritional Assessment and serum albumin level assessment, applied by the researcher and three trained nurses. The collected data were submitted to descriptive and inferential analysis, using Kolmogorov-Smirnov, Student's t, Pearson's chi-square, Fisher's Exact and Mann Whitney's Test. The researcher looked for associations between functional disability, nutritional status and risk for the development of PU, so as to establish the risk prediction. To assess the factors that contributed to the occurrence of PU, the logistic regression model was used, with PU occurrence as the response variable. Most elderly were women (59%), with 77 years as the mean age, illiterate (55%), white (67%), single (63%), without children (68%) and coming from their own home (49%). Before being institutionalized, 30% lived alone and faced difficulties to perform activities of daily living (ADLs), which was the main reason for the institutionalization. Cardiovascular diseases predominated (72%), as well as the use of neuroleptics or psychotropics (80.4%) and antihypertensives (57.7%). Arterial hypertension and diabetes were present in 62% and 20% of the elderly, respectively. The mean score on the Braden scale was 19.24 points, and 36% of the elderly presented risk for the development of PU. Among the elderly, 77% were somewhat independent for ADLs, all were classified as well nourished and the majority (88%) had normal serum albumin levels. It was observed that 10.3% had PU, frequently located in the sacral (45%) and trochanter (19%) region. Stage IV (37%) and III (24%) PU predominated. No statistically significant difference ($p>0.05$) was found between people with or without PU in terms of clinical variables, medication use and with regard to sociodemographic variables, except for instruction level. Statistically significant differences were found for variables related to ADLs and Braden subscales ($p<0.05$) and in the presence of normal serum albumin levels ($p<0.002$), besides mild depletion ($p<0.009$). High correlation was found between the Katz Scale Categories and the Braden Scale Score (correlation coefficient = 0.839; $p<0.05$) and low correlation between Braden's nutrition subscale and serum albumin level (correlation coefficient = 0.277; $p<0.05$). A statistically significant relation was found between serum albumin level, Braden Scale Score and existence of PU. This research contributes to knowledge on risk factors for PU in institutionalized elderly, but further studies are needed to verify the relation between clinical and psychosocial conditions and PU development.

Key words: pressure ulcer, risk factors, aged, homes for the aged, nursing.

RESUMEN

LISBOA, C. R. **Riesgo para úlcera por presión en ancianos institucionalizados.** Belo Horizonte (MG), 2010. 121 h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Minas Gerais.

La úlcera por presión (UP), agravio importante encontrado en la población anciana institucionalizada, además de aumentar los gastos con los cuidados prestados, tiene repercusiones relevantes en sus vidas, tales como el aumento en la morbilidad y disminución de la calidad de vida, pudiendo inclusive llevar a la muerte. La finalidad de este estudio descriptivo transversal y correlacional fue analizar los factores de riesgo para el desarrollo de UP presentados por ancianos institucionalizados. Fue llevado a cabo con 97 ancianos, con edad de 60 años o más, residentes en dos hogares para ancianos (HA) de una ciudad do interior de Minas Gerais. Para la recolecta de datos fueron utilizados instrumentos para identificación del anciano, con variables socio-demográficas y condiciones clínicas; Escala de Braden; Escala de Katz; Evaluación Nutricional Subjetiva Global y evaluación del nivel de albúmina sérica, que fueron aplicados por la investigadora y por tres enfermeras capacitadas. Los datos obtenidos fueron sometidos al análisis descriptivo e inferencial, utilizando los testes de Kolmogorov-Smirnov, t de Student, qui-cuadrado de Pearson, Teste Exacto de Fisher y de Mann Whitney. Fueron buscadas asociaciones entre incapacidad funcional, estado nutricional y riesgo para el desarrollo de UP, a fin de establecer la predicción de riesgo. Para evaluar los factores que contribuyeron a la ocurrencia de UP, fue utilizado el modelo de regresión logística, con la ocurrencia de UP como variable respuesta. La mayoría de los ancianos era del sexo femenino (59%), con edad promedio de 77 años, analfabetos (55%), de color o raza blanca (67%), solteros (63%), sin hijos (68%) y procedentes de domicilio propio (49%). Anteriormente, el 30% vivía solo y tenía dificultades para realizar actividades de vida diaria (AVD), siendo este el motivo principal de la institucionalización. Predominaron enfermedades cardiovasculares (72%), uso de neurolépticos o psicotrópicos (80,4%) y anti-hipertensivos (57,7%). La hipertensión arterial y diabetes estuvieron presentes en el 62% y 20% de los ancianos, respectivamente. El *score* promedio de la escala de Braden fue de 19,24 puntos, siendo que el 36% de los ancianos revelaron riesgo para desarrollo de UP. Entre los ancianos, el 77% poseía alguna dependencia para AVD, todos fueron clasificados como bien nutridos y la mayoría (88%) tenía nivel de albúmina sérica normal. Se observó que el 10,3% tenía UP, con localizaciones frecuentes en la región sacra (45%) y trocantérica (19%). Predominaron UP en estadio IV (37%) y III (24%). No fue encontrada diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre los individuos con o sin UP en las variables clínicas, uso de medicamentos y en las socio-demográficas, excepto para grado de instrucción. Fue encontrada diferencia estadísticamente significativa para las variables referentes a las AVD y subescalas de Braden ($p < 0,05$) y en la presencia de nivel normal de albúmina sérica ($p < 0,002$), además de depleción leve ($p < 0,009$). Fueron encontradas correlación alta entre Categorías de la Escala de Katz y Puntuación de la Escala de Braden (coeficiente de correlación = 0,839; $p < 0,05$) y correlación baja entre subescala nutrición de Braden y nivel de albúmina sérica (coeficiente de correlación = 0,277; $p < 0,05$). Una relación estadísticamente significativa fue identificada entre nivel de albúmina sérica, puntuación en la escala de Braden y existencia de UP. Este estudio contribuye al conocimiento sobre los factores de riesgo para UP en ancianos institucionalizados, pero otros son necesarios para verificar la relación entre las condiciones clínicas, psicosociales y de desarrollo de UP.

Palabras-clave: úlcera por presión, factores de riesgo, anciano, hogares para ancianos, enfermería.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Demonstrativo dos dados sócio-demográficos, segundo ILPI. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	64
TABELA 2: Ocorrência de UP, segundo variáveis sócio-demográficas. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	69
TABELA 3: Ocorrência de UP, segundo variáveis clínicas. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	71
TABELA 4: Presença de UP, segundo tipos de medicamentos em uso. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	72
TABELA 5: Ocorrência de UP, segundo nível de independência para realização das atividades de vida diária. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	73
TABELA 6: Ocorrência de UP, segundo a avaliação de independência funcional pelo Índice de Katz. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	74
TABELA 7: Presença de UP, segundo a classificação de risco pela Escala de Braden, Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	75
TABELA 8: Associação entre as subescalas de Braden e a presença de UP. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	76
TABELA 9: Associação entre o nível sérico de albumina, a classificação pela ANSG e a presença de UP. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	77
TABELA 10: Regressão linear tendo a escala de Katz como explicação para a pontuação na escala de Braden. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	78
TABELA 11: Análise de regressão logística univariada para a avaliação das variáveis possivelmente preditoras para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	81
TABELA 12: Análise de regressão logística multivariada das variáveis uso de neurolépticos ou psicotrópicos, dosagem de albumina e pontuação na escala de Braden. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	82

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Localização das Úlceras por Pressão por região corporal. Itaúna, MG, 2009 (n=10).....	67
GRÁFICO 2: Estadiamento das Úlceras por Pressão. Itaúna, MG, 2009 (n=10)	68
GRÁFICO 3: Nível sérico de albumina conforme as categorias da subescala nutrição de Braden. Itaúna, MG, 2009 (n=97).....	79

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Suspeita de Lesão Tissular Profunda (Fonte: NPUAP, 2009b).....	33
FIGURA 2: Úlceras por Pressão em Estágio I (Fonte:NPUAP, 2009b).....	33
FIGURA 3: Úlceras por Pressão em Estágio II (Fonte: NPUAP, 2009b).....	34
FIGURA 4: Úlceras por Pressão em Estágio III (Fonte: NPUAP, 2009b).....	35
FIGURA 5: Úlceras por Pressão em Estágio IV (Fonte: NPUAP, 2009b).....	36
FIGURA 6: Úlceras por Pressão que não podem ser classificadas (Fonte: NPUAP, 2009b)	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos	23
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1	Envelhecimento e Úlcera por Pressão.....	25
3.2	Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão.....	38
3.2.1	Escala de Braden	39
3.3	Envelhecimento, Estado Nutricional e Úlcera por Pressão.....	41
3.3.1	Avaliação Nutricional Subjetiva Global.....	43
3.3.2	Dosagem de Albumina	45
3.4	Envelhecimento e Capacidade Funcional.....	46
3.4.1	Avaliação Funcional pela Escala de Katz.....	48
4	METODOLOGIA.....	52
4.1	Tipo de Estudo.....	52
4.2	Local e Período do Estudo.....	52
4.3	População e Amostra	54
4.4	Instrumentos para a Coleta de Dados	55
4.5	Procedimentos para a Coleta de Dados	56
4.5.1	Treinamento dos observadores.....	56
4.5.2	Validação dos observadores	57
4.6	Questões Éticas.....	59
4.7	Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados.....	60
4.7.1	Consistência do Banco de Dados	60
4.7.2	Prevalência.....	61
4.7.3	Análise Descritiva e Inferencial	61
5	RESULTADOS	63
5.1	Caracterização Sócio-Demográfica dos Idosos, segundo ILPI.....	63
5.2	Prevalência das Úlceras por Pressão	67
5.3	Associação entre Variáveis Sócio-Demográficas, Clínicas e Úlcera por Pressão.....	68
5.4	Associação entre Nível de Independência para Realização das Atividades de Vida Diária e o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão.....	72

5.5	Avaliação do Risco e Desenvolvimento de Úlcera por Pressão	74
5.6	Associação entre Avaliação Nutricional e Desenvolvimento de Úlcera por Pressão.....	77
5.7	Análise de Correlação entre a Avaliação pelas Escalas de Katz e Braden ..	78
5.8	Análise de Correlação entre o Nível de Albumina e a Subescala Nutrição da Escala de Braden.....	79
5.9	Análise dos Fatores Preditivos para o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão.....	80
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
7	CONCLUSÕES	97
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
9	REFERÊNCIAS	106
10	ANEXOS E APÊNDICES.....	113

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade na maioria das sociedades atuais, decorrente de mudanças ocorridas em alguns indicadores de saúde, especialmente queda da fecundidade e mortalidade, que aliadas aos avanços tecnológicos e científicos, têm possibilitado um aumento da expectativa de vida (MOREIRA, 1997; SCHARFSTEIN, 2006; BRASIL, 2002a). Este é considerado um fenômeno mundial, que em nosso país vem ocorrendo de maneira bastante acelerada (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; MOREIRA, 1997). É definido como o aumento na fração da população idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população (MOREIRA, 1997).

Entende-se por idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com a definição apresentada pela Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994 e do Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define idoso como aquele com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, aumentando para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (BRASIL, 2002a).

Estima-se que em 2050 o número de pessoas idosas no mundo poderá chegar a dois bilhões. Os números atuais mostram que uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, a relação será, em média, de uma para cinco em todo o mundo, sendo que nos países desenvolvidos a relação será de uma

para três. A projeção do número de idosos com 100 anos ou mais de idade no ano 2050 é de 2,2 milhões (BRASIL, 2002b).

Atualmente em nosso país, estima-se existir uma população idosa de cerca de 17,6 milhões de pessoas (BRASIL, 2006a), que corresponde a 8,6% da população total (BRASIL, 2002b). Destaca-se que a maior concentração de idosos (10,7%) encontra-se no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2002b). Para o ano de 2025, projetou-se que existirão no Brasil 32 a 33 milhões de idosos (DUARTE, 2001).

No Brasil, as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens. Em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000. A diferença de expectativa de vida entre os sexos é um fenômeno mundial e, no Brasil, é bastante intenso (BRASIL, 2002b).

O Censo realizado em 2000 constatou que 8,9 milhões (62,4%) de idosos eram responsáveis financeiramente pelos domicílios. Grande parte desses idosos (64,7%) morava com ou sem cônjuge, mas com filhos, outros parentes, ou com ambos na mesma casa, sendo que 37,6% eram do sexo feminino, e a idade média encontrada foi de 69,4 anos (70,2 anos quando o responsável era do sexo feminino e 68,9 anos do sexo masculino). Os domicílios que possuíam apenas um morador perfaziam 17,9% do total, sendo que 67% eram constituídos por mulheres. Quando a idosa era a responsável pelo domicílio, a forma de organização familiar mais frequente era sem o cônjuge (93,3%), porque, nestes casos, provavelmente a mulher estava viúva (BRASIL, 2002a).

Com o desemprego, o declínio da renda média e a instabilidade crônica da economia brasileira observados nas últimas décadas, o idoso passou a contribuir com grande parte da renda familiar, ou até mesmo a ser responsável pela renda

total. Com um rendimento médio de R\$ 657,00, o idoso ocupa, cada vez mais, um papel importante na economia da sociedade brasileira (BRASIL, 2002a). O seu rendimento é proveniente de aposentadoria e, às vezes, é acrescido de salário. O idoso no mercado de trabalho, mesmo aposentado é outra realidade brasileira. As principais fontes de renda dos idosos responsáveis pelo domicílio são aposentadoria e pensão, entretanto, 36% do total de rendimento é proveniente do trabalho do idoso (BRASIL, 2002a).

Os idosos que desfrutam de boas condições de saúde e financeiras não trazem preocupações para a família e tampouco para a sociedade. São bons consumidores, além de ajudarem os seus familiares. Entretanto, quando ficam doentes e dependentes, demandando gastos financeiros com doenças e cuidados, passam a interferir na vida dos familiares, tornando-se uma fonte de preocupação.

Na atualidade, um dos desafios enfrentados pelos idosos é a discriminação e a desvalorização. Conforme Scharfstein (2006, p.45) “os velhos perderam o status social de indivíduos, decorrente das perdas de papéis sociais, transformando-se em um peso para a família e para o Estado”.

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.

Sendo assim, em decorrência da intensificação do processo de envelhecimento populacional somada à diminuição gradativa da capacidade da família em prestar os cuidados necessários aos seus membros mais idosos, parece

ocorrer o aumento na demanda das pessoas por instituição de longa permanência para idosos (ILPI), anteriormente denominada asilo. Este termo foi substituído devido ao seu significado pejorativo, por se referir às casas que se destinavam aos pobres e excluídos (SCHARFSTEIN, 2006).

A maioria dos idosos independentes permanece junto à sua família, e quando a demanda por cuidados é mais intensa e sobrecarrega os familiares, o mesmo, algumas vezes, é institucionalizado. Parece que a maioria das famílias assiste os idosos pelo maior período de tempo e tão bem quanto possível. Quando ocorre a institucionalização, os familiares alegam ter chegado ao limite de sua capacidade de cuidar de seus parentes idosos (BRASIL, 2006a).

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 (DUARTE, 2001), definida como competência para executar atividades que lhes permitem cuidar de si próprios e viver independentemente em seus meios (COSTA e MONEGO, 2003).

O idoso pode apresentar, progressivamente, várias alterações orgânicas e fisiológicas, alterações sensoriais, psíquicas, sociais, cognitivas, comportamentais e funcionais. Uma das limitações mais preocupantes para familiares e cuidadores está relacionada à disfunção cognitiva e sensorial, pois resulta em dependência e perda de autonomia (COSTA e MONEGO, 2003).

O idoso, na maioria das vezes, é institucionalizado em condição de grande fragilidade. A fragilização 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).

Outro problema relevante que pode advir de várias alterações decorrentes do envelhecimento, que é foco deste trabalho, é a úlcera por pressão (UP). Indivíduos com mais de 65 anos possuem alto risco para o desenvolvimento de UP (WOCN, 2003). A prevalência dessas úlceras aumenta com a idade, sendo que 50 a 70% se desenvolvem em pessoas acima de 70 anos (GOMES e MAGALHÃES, 2008). Muitos idosos podem se encontrar na condição de imóvel, confinado à cama ou cadeira de rodas, com comprometimento da percepção sensorial, incontinentes, além de apresentarem outras características que os tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de UP.

Conforme o Estatuto do Idoso (Brasil, 2006), as entidades devem manter no seu quadro de pessoal profissionais com formação específica, porém, mesmo os idosos demandando cuidados de enfermagem, sabe-se que algumas instituições de longa permanência para idosos não contam com profissionais enfermeiros em seu quadro de pessoal. Além disso, não existe plano de intervenções visando a prevenção de UP nestas instituições.

O enfermeiro, em conjunto com a equipe de enfermagem e outros profissionais que prestam assistência a essa população, têm a responsabilidade de implementar medidas preventivas, a fim de diminuir a incidência deste agravo, assim como contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses idosos.

Para o incremento na qualidade de vida de idosos institucionalizados acredita-se que diversos fatores devem ser monitorados, entre eles a capacidade funcional, na maioria das vezes deficiente. Esses idosos podem apresentar

capacidade funcional bastante prejudicada e risco para desenvolver UP, apresentando-se bastante vulneráveis à formação dessas lesões.

No entanto, não se conhece a quantificação do risco para o desenvolvimento de UP, nem a correlação existente entre este risco e a capacidade funcional apresentada por esses idosos.

Diante das alterações que ocorrem em consequência do processo fisiológico de envelhecimento, do potencial de risco do idoso para desenvolver UP, da importância da detecção dos fatores de risco e da necessidade de se implementar medidas preventivas deste agravo nas populações de idosos institucionalizados, formulou-se as seguintes questões: Qual é o risco para o desenvolvimento de UP da população idosa de instituições de longa permanência? Quais são os fatores de risco mais relevantes apresentados por esta população? Qual é a associação entre a capacidade funcional, estado nutricional e o risco para o desenvolvimento de UP apresentada pelos idosos institucionalizados?

O interesse por este trabalho surgiu, primeiramente, por observar que os idosos institucionalizados apresentam, progressivamente, um déficit significativo da capacidade funcional e relevante incidência de UP. No entanto, não se conhece a quantificação do risco para o desenvolvimento de UP, nem a correlação existente entre este risco e a capacidade funcional apresentada por esses idosos.

Além disso, são conhecidas algumas instituições de longa permanência do interior de Minas Gerais que não contam com enfermeiros próprios e não trabalham com plano de intervenções que visem a prevenção de UP. Apesar da existência de órgãos de fiscalização atuantes, como os conselhos de classe, Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros, muitas vezes as instituições não conseguem cumprir as recomendações de forma integral,

alegando dificuldades financeiras. No entanto, para oferecer uma atenção adequada, segura, ética e com qualidade ao idoso, faz-se necessária a efetivação de políticas públicas que atendam às reais necessidades desta população.

A identificação dos fatores e classificação de risco propiciarão o estabelecimento de recomendações e a alocação de recursos de uma forma mais precisa, a fim de contribuir para o planejamento e implementação de ações voltadas à prevenção desse agravo. Identificar os indivíduos com necessidades de medidas preventivas e reconhecer os fatores específicos que os colocam em risco, fornece subsídios para a análise e determinação das intervenções mais apropriadas (WOCN, 2003). É imprescindível a capacitação dos profissionais de enfermagem para o cuidado com o idoso e a implementação de políticas públicas que garantam a alocação de recursos.

Assim, pode-se oferecer uma melhor assistência ao idoso, tendo em vista, sobretudo, a manutenção da integridade da pele, promoção de saúde e favorecendo uma melhor qualidade de vida a essa população.

Pesquisar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de UP em idosos é de grande valor para os profissionais de enfermagem, pois visa contribuir no aprimoramento de seus conhecimentos acerca do tema e contribuir para avanços voltados para a prevenção de UP.

Este estudo é relevante para as instituições onde foi realizado, sobretudo para os idosos lá residentes, pois fornecerá informações para os profissionais, para que possam prestar uma assistência de melhor qualidade. Foi disponibilizado aos profissionais das instituições, durante o período em que foi realizado o estudo, informações importantes sobre úlcera por pressão, nutrição e cuidados gerais com idosos. Foram ministradas aulas e fornecidas orientações direcionadas ao cuidado

individual e coletivo dos idosos. Além disso, ao caracterizar essa população, o estudo fornecerá subsídio para a alocação de recursos e profissionais importantes para uma melhor assistência. Ressalta-se que, após o início do estudo, uma das instituições, reconhecendo as características de seus idosos e a importância desses profissionais na assistência dada a eles, incluiu médico e enfermeiro ao seu quadro de pessoal.

Os resultados obtidos neste estudo também fornecerão informações que servirão para subsidiar novos estudos, como fonte para novas investigações sobre o tema, agregando, assim, conhecimento científico. Vale ressaltar ainda a importância da realização de pesquisas sobre fatores de risco para UP na população idosa, sobretudo institucionalizada, uma vez que os estudos encontrados são escassos e apresentam baixo nível de evidência científica (LISBOA, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores de risco para UP apresentados pelos idosos que residem em instituições de longa permanência de um município de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos idosos institucionalizados;
- Identificar o escore de risco para UP, o nível de independência funcional e o estado nutricional apresentado por esses idosos;
- Estabelecer a prevalência de úlceras por pressão nesta população;
- Relacionar variáveis sócio-demográficas, clínicas, classificação de risco para o desenvolvimento de UP, nível de independência e avaliação nutricional com a presença ou não de UP;

- Determinar a associação estatística existente entre o nível de independência funcional, avaliado pela escala de Katz, e o risco de desenvolvimento de UP, determinado pela escala de Braden;

- Determinar a associação estatística existente entre a subescala nutrição da escala de Braden, a avaliação nutricional subjetiva global e o nível sérico de albumina;

- Determinar os fatores preditivos para o desenvolvimento de UP apresentado por esta população.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ENVELHECIMENTO E ÚLCERA POR PRESSÃO

Conceituar envelhecimento é algo bastante complexo à medida que envolve vários fatores que se interagem. “Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso” (SESMG, 2006, p.14).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006a, p.8).

O envelhecimento “é o conjunto de alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade” (SESMG, 2006, p.15). O organismo envelhecido pode apresentar dificuldades em manter o equilíbrio homeostático quando submetido a situações de sobrecarga funcional, o que poderá levá-lo a desenvolver processos patológicos. É importante que se faça a distinção entre sinais e sintomas próprios da senescência com processos patológicos passíveis de tratamento, cura, ou ambos (DUARTE, 2001). Alguns erros devem ser evitados na abordagem da pessoa idosa. Um deles é considerar que todas as alterações que ocorrem no idoso sejam decorrentes do envelhecimento,

impedindo a detecção e tratamento de certas patologias. Outro erro é tratar o envelhecimento natural como doença, buscando, a partir de sinais e sintomas explicados pela senescência, realizar exames e tratamentos desnecessários (BRASIL, 2007).

Assim, observa-se que 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. É importante considerar que as manifestações relacionadas aos fatores cronológico e biológico, trazem consequências em todas as dimensões da vida e da saúde do idoso.

As alterações biofisiológicas observadas no processo de envelhecimento ocorrem em todo o organismo. Nas alterações orgânicas têm-se a diminuição da água corporal total (correspondendo a 70% do peso na criança e 52% no idoso), distribuição mais centrípeta da gordura e diminuição de peso e estatura (DUARTE, 2001). A diminuição do componente hídrico (15%-20%), associado ao aumento da gordura corporal (20%-40%) poderá influenciar na alteração da absorção, metabolização e excreção de drogas. Outra alteração importante é a redução de albumina, que altera o transporte de drogas no sangue (SESMG, 2006).

Ocorrem também alterações morfológicas, principalmente no tórax, crânio, nariz e orelhas (DUARTE, 2001).

As alterações que ocorrem nos olhos, ouvidos, boca e nariz interferem em suas funcionalidades, diminuindo apetite, sede, audição e acuidade visual. Observa-

se também, como comprometimento dos sentidos, a diminuição da percepção dolorosa e térmica (DUARTE, 2001).

No sistema músculo-esquelético ocorre diminuição da massa corporal, da força, do tônus e da velocidade de contração muscular, levando a uma lentificação de movimentos. Ocorre aumento da base de sustentação, provocando alteração da marcha, e diminuição dos movimentos dos braços. A diminuição da massa óssea, que ocorre principalmente nas mulheres após a menopausa, leva à osteoporose e aumenta a predisposição a fraturas e deformações das vértebras (DUARTE, 2001).

No sistema respiratório ocorre diminuição na capacidade vital e na expansibilidade pulmonar, e aumento do volume residual. No sistema cardiovascular há comprometimento do músculo e das válvulas cardíacas, com diminuição da força de contração e do débito cardíaco; aumento na rigidez das paredes dos vasos, somada ao aumento na espessura e diminuição da luz (DUARTE, 2001).

As alterações no sistema renal e urinário compreendem a diminuição no número de néfrons, além de outras alterações que diminuem a filtração glomerular e tubular, reduzindo o filtrado plasmático e lentificando a excreção de metabólitos. Devido a essas alterações, em condições de sobrecarga, pode haver comprometimento na função renal. Com o envelhecimento, diminui a produção de hormônios sexuais, que repercute sobre os órgãos do aparelho genital, o que pode aumentar, assim, a ocorrência de infecções, obstrução das vias urinárias, incontinência urinária e transtornos nas relações sexuais (DUARTE, 2001).

No sistema gastrointestinal ocorre diminuição na motilidade intestinal e na capacidade digestiva; diminuição no tônus muscular do esfíncter interno do intestino grosso, o que pode levar à incontinência anal; entre outras alterações (DUARTE, 2001).

Além de apresentar diminuição na capacidade digestiva, o idoso também apresenta modificações fisiológicas que interferem no apetite, consumo e absorção de nutrientes (MAGNONI et al, 2005).

Alterações neuromusculares, desregulação do sistema neuroendócrino e disfunção do sistema imunológico são as principais mudanças relacionadas à idade subjacentes à síndrome de fragilidade, caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida a estressores. A fragilidade causa vulnerabilidade às condições diversas, por ocorrer dificuldades na manutenção da homeostase naquelas situações de maior exposição às perturbações e variações na condição de saúde (BRASIL, 2007).

Com relação às alterações que ocorrem na pele, pode-se citar: lentificação da renovação epidérmica; adelgaçamento da derme; diminuição da elasticidade, com surgimento de rugas; diminuição da lubrificação devido à redução no número de glândulas sebáceas; ressecamento devido à redução no número de glândulas sudoríparas; diminuição do tecido subcutâneo; as células de pigmentação tornam-se hipertrofiadas (manchas senis), ocorrendo também despigmentação e palidez (DUARTE, 2001).

A pele começa a apresentar sinais de involução por volta dos 40 anos, e com o avançar da idade, principalmente após 65 anos, as alterações estruturais, numéricas e funcionais nas estruturas e células da pele tornam-se mais aceleradas (BORGES et al, 2008).

A espessura da epiderme é reduzida, retificam-se os cones epiteliais, diminui o número de fibroblastos, modificam-se as fibras colágenas, elásticas e reticulares, decresce a quantidade de mucopolissacárides e água.(...) Ocorre também uma redução no número e na luz dos vasos sanguíneos(...). Há diminuição do número e volume das terminações nervosas (...) glândulas écrinas e apócrinas, que atrofiam, e glândulas sebáceas, que hipertrofiam, mas tornam-se hipofuncionantes (BORGES et al, 2008, p.46).

Assim, o idoso apresenta redução da vascularização, perda na elasticidade da pele, dificuldade de ajuste às variações térmicas do meio ambiente, diminuição da sensibilidade, sequidão da pele e perda de gordura. Com a diminuição de tecido subcutâneo e de massa muscular, ocorre maior exposição das proeminências ósseas e diminuição na capacidade do tecido de distribuir pressão (GOMES e MAGALHÃES, 2008).

O envelhecimento desencadeia a perda da massa corpórea, a diminuição do nível de albumina sérica, a redução da resposta inflamatória, da coesão entre a epiderme e a derme. O idoso, geralmente, convive com outros agravos, como fraturas, acidente vascular cerebral e infecções respiratórias (BERGSTROM et al, 1994). Observa-se que todas estas alterações predispõem os idosos a desenvolver UP.

A UP constitui um sério problema de saúde que traz várias implicações na vida daquele indivíduo que a possui, de seus familiares e da instituição onde se encontra, quando este está institucionalizado. É fonte de dor, desconforto, sofrimento emocional, aumento do risco para o desenvolvimento de outras complicações, influenciando na morbidade e mortalidade do idoso, além do considerável aumento de custos financeiros.

As úlceras por pressão são conhecidas há séculos. Durante muitos anos, estudiosos consideraram a lesão como consequência puramente de um cuidado de enfermagem deficiente, o que acarretou culpabilização e responsabilização do enfermeiro por essas lesões, o que também interferiu na realização de pesquisas sobre a incidência desse agravo. Atualmente, evidências científicas têm mostrado que as úlceras são causadas por vários fatores, e não são de responsabilidade apenas da equipe de enfermagem (RABEH, 2001).

Quando a UP é decorrente de ação ou omissão da equipe de enfermagem, pode ser considerada iatrogenia. Na legislação é vista como lesão corporal leve, desde que não deixe sequela nem incapacidades por mais de 30 dias (RABEH, 2001).

O custo para se tratar uma UP é maior do que a sua prevenção, principalmente no que se refere aos aspectos psíquicos e sociais relacionados ao sofrimento dos pacientes e de seus familiares.

A discussão sobre a causalidade, fisiopatogenia e a responsabilidade para a prevenção de UP, principalmente em grupos considerados mais vulneráveis, como aqueles em condições críticas e crônicas, em cuidados paliativos e os idosos institucionalizados, mostram que o fenômeno UP ultrapassa o cuidado de enfermagem, embora este seja fundamental na prevenção destas lesões (SOUZA, 2005).

A UP é uma lesão localizada, de pele e/ou tecidos moles, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão, ou pressão em combinação com fricção e cisalhamento (NPUAP, 2007).

A UP é resultante da diminuição do aporte sanguíneo, provocando uma trombose capilar, desnutrindo a região que foi comprimida, devido a uma diminuição na oferta de nutrientes e oxigênio, levando a uma isquemia, anóxia tecidual e necrose (GIARETTA, 2002). É provocada pela pressão que ocorre quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo, resultando numa área localizada de necrose celular (WOCN, 2003).

A necrose ocorre quando a pressão aplicada à pele, em um determinado tempo, é maior que a pressão capilar normal, considerada como 35 mmHg para arteríolas e 10 mmHg para vênulas (GUYTON e HALL, 2002)

O desenvolvimento de UP é ocasionado por vários fatores. A pressão capilar é o maior deles, sendo esta influenciada pela intensidade e duração da pressão, e tolerância do tecido para suportar a pressão. Alguns termos incorretos são frequentemente usados para este agravo, como úlceras de decúbito, escara e escara de decúbito. Por ser a pressão o principal agente para a sua formação, recomenda-se a adoção do termo úlcera por pressão (AHCPR, 1992).

Vários fatores foram identificados como responsáveis pela redução da tolerância da pele à pressão. Eles podem ser agrupados em fatores intrínsecos e extrínsecos. No grupo de fatores extrínsecos podem ser citados a exposição da pele à fricção, o cisalhamento e a umidade; no grupo de fatores intrínsecos, encontra-se qualquer fator fisiológico que adversamente afete a arquitetura e a integridade da estrutura de suporte da pele diminuindo a capacidade dos tecidos moles de absorver e distribuir a carga mecânica e, assim, tolerar a pressão, como a desnutrição, o envelhecimento e a baixa pressão arteriolar (WOCN, 2003). Muitos pacientes idosos apresentam tanto os fatores intrínsecos quanto os extrínsecos, o que contribui para aumentar o risco desta clientela de desenvolver UP.

As UP ocorrem, frequentemente, em áreas de proeminências ósseas. Os locais de pressão, mais comuns para o desenvolvimento da lesão, são as regiões sacras, ísquios, trocânteres, calcâneos, maléolos, região occipital, dorso do pé e região patelar. Cerca de 60% das UP se desenvolvem na região da proeminência sacral e 15% em ísquio, trocânter maior e calcanhares (GOMES e MAGALHÃES, 2008). Essas áreas são mais acometidas por UP porque são áreas em que o peso

do corpo da pessoa mais se concentra durante o repouso prolongado. No entanto, outras áreas do corpo que sofram excesso de pressão, poderão desenvolver UP, como glúteos, por exemplo (NPUAP, 2009a).

Os tecidos tegumentares, musculares e até ósseos podem ser comprometidos. A classificação das úlceras por pressão é feita conforme a profundidade de comprometimento tecidual (CALIRI, 2001).

Em 2007, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) atualizou a descrição dos estágios, observando-se mudança na descrição das lesões em estágio I e II e a inclusão da suspeita de lesão tissular profunda:

A **suspeita de lesão tissular profunda** (FIGURA 1) 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).

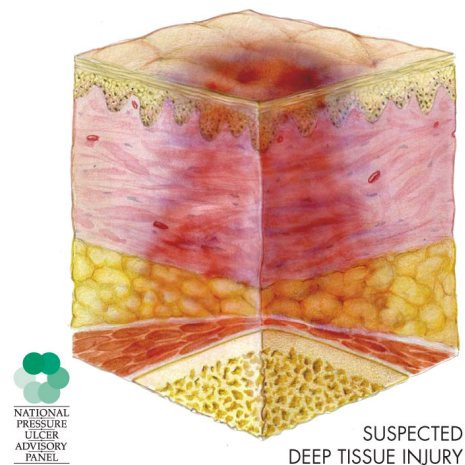


FIGURA 1: Suspeita de Lesão Tissular Profunda (Fonte: NPUAP, 2009b)

A UP 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 UP 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).

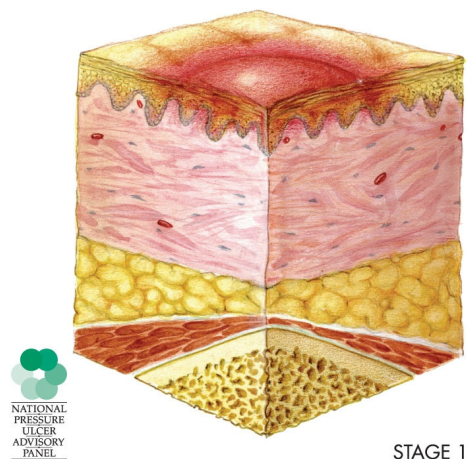


FIGURA 2: Úlceras por Pressão em Estágio I (Fonte:NPUAP, 2009b)

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).

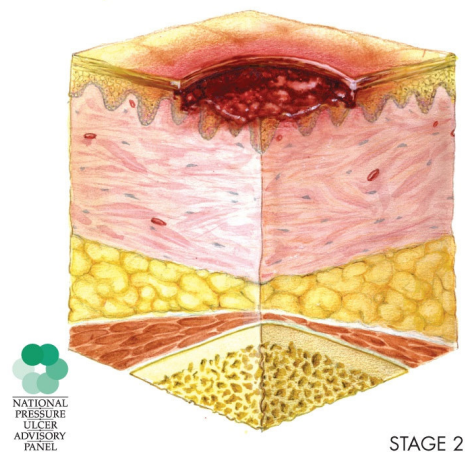


FIGURA 3: Úlceras por Pressão em Estágio II (Fonte: NPUAP, 2009b)

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 UP 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 UP em estágio III bastante profundas (NPUAP, 2007).

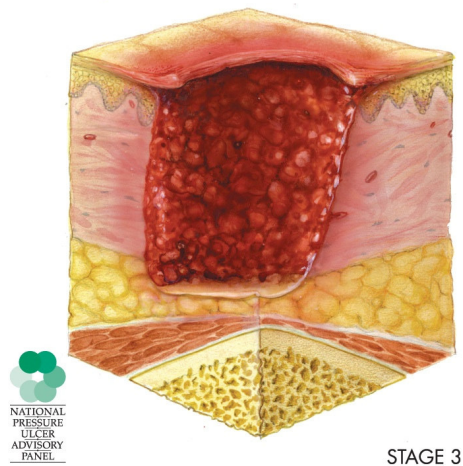


FIGURA 4: Úlceras por Pressão em Estágio III (Fonte: NPUAP, 2009b)

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 UP em estágio IV também varia conforme a localização anatômica. A exposição de osso ou tendão é visível ou diretamente palpável (NPUAP, 2007).

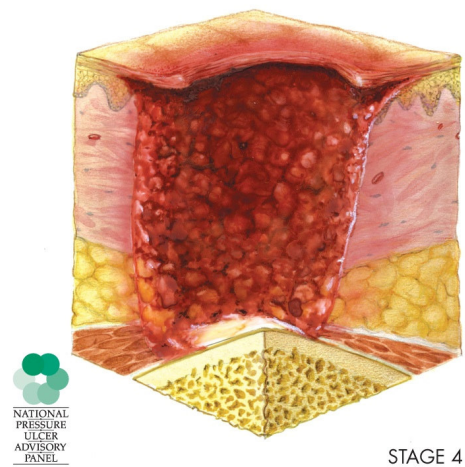


FIGURA 5: Úlceras por Pressão em Estágio IV (Fonte: NPUAP, 2009b)

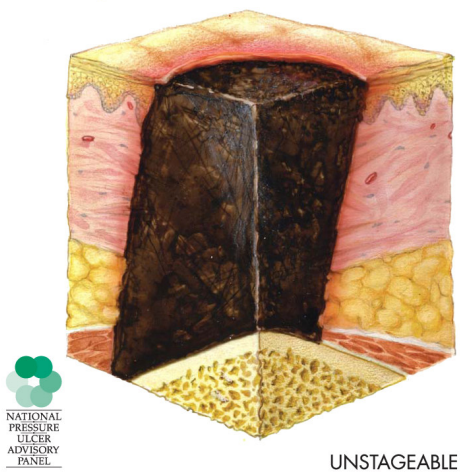


FIGURA 6: Úlceras por Pressão que não podem ser classificadas (Fonte: NPUAP, 2009b)

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).

Uma vez que a úlcera é estadiada, o seu estadiamento é mantido até sua cicatrização, não podendo ser classificada em ordem reversa à medida que diminui a profundidade. A cicatrização ocorrerá às custas de tecido de granulação, por segunda intenção, e sua avaliação deve ser feita pela mensuração de sua dimensão (GOMES e MAGALHÃES, 2008).

Os vários estudos sobre UP tem trazido muitos avanços tecnológicos nos últimos 20 anos, colaborando para o desenvolvimento de diferentes tipos de coberturas e sistemas de suporte e de superfície para abolição e redução da pressão, além de outros dispositivos que visem a diminuição da ocorrência destas lesões (SOUZA, 2005).

A avaliação global do indivíduo é fundamental na administração do cuidado relacionado a UP, tendo como objetivos fundamentais a identificação dos indivíduos em risco para o desenvolvimento de UP 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; e implementar estratégias efetivas na prevenção e tratamento de UP (WOCN, 2003).

Para a prevenção de úlceras por pressão, recomenda-se a avaliação do risco do paciente para UP na admissão em qualquer serviço de saúde e a reavaliação periódica; a inspeção da pele diariamente e proteção contra excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento; tratamento precoce ao detectar anormalidades; uso de superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade; avaliação

nutricional e promoção de uma alimentação hiperproteica e hipercalórica; e a educação de profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores sobre as causas, os fatores de risco e maneiras de se minimizar os riscos (WOCN, 2003).

3.2 AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UP permitem aos profissionais a implementação de medidas preventivas desse agravo. Para isso, vários instrumentos têm sido desenvolvidos, como as Escalas de Norton, Gosnell, Waterlow, Braden e a Braden Q score (adaptada para a população pediátrica) utilizadas para identificar os fatores preditivos e quantificar o risco para desenvolver UP (COSTA, 2003). Estes instrumentos 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 (AHCPR, 1992).

A avaliação de risco deve ser feita na entrada do indivíduo ao serviço e repetida em períodos regulares ou quando houver mudança importante no estado clínico do paciente. Aqueles que vivem em instituições de longa permanência devem ser avaliados semanalmente durante as quatro primeiras semanas, depois a cada três meses, e sempre que a condição do residente mudar ou piorar (WOCN, 2003).

Dentre os instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, as escalas de Braden e Norton são as mais estudadas (WOCN, 2003), sendo

que a escala de Braden, compreendida neste estudo, é a mais utilizada entre os americanos (HESS, 2002).

3.2.1 Escala de Braden

A escala de Braden, desenvolvida por Bergstrom et al, em 1987, teve como objetivo direcionar as ações de enfermagem na prevenção de UP e diminuir a incidência destas lesões (SERPA, 2006). Foi traduzida e validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999), em um estudo com pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. As autoras identificaram na primeira avaliação uma sensibilidade de 81% e especificidade de 52%; na terceira avaliação a sensibilidade foi de 89% e a especificidade de 80% (PARANHOS e SANTOS, 1999).

As autoras Braden e Bergstrom (1987) se basearam nos fatores causais da UP: a pressão capilar, que é influenciada pela intensidade e duração da pressão e tolerância do tecido para suportar a pressão. A escala é composta por seis parâmetros ou subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (WOCN, 2003). Dos seis parâmetros, três medem determinantes clínicos de exposição a pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento (GOMES e MAGALHÃES, 2008). 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.

O parâmetro percepção sensorial avalia a habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto (RABEH, 2001), que

pode ser totalmente limitado, muito limitado, levemente limitado e ter nenhuma limitação. Quando se tem alteração da percepção sensorial, não se tem o desejo de mudar de posição, o que aumenta o risco para UP.

O parâmetro umidade avalia o grau ao qual a pele está exposta à umidade. Esta umidade pode ser promovida pela incontinência anal ou urinária, perspiração, resíduos de alimentos ou exsudação de feridas (RABEH, 2001). A pele pode estar completamente molhada, muito molhada, ocasionalmente molhada e raramente molhada.

O parâmetro atividade avalia o grau de atividade física fora do leito, tendo como categorias: acamado, confinado à cadeira, anda ocasionalmente e anda frequentemente.

A mobilidade é a habilidade de mudar e controlar as posições do corpo, aliviando a pressão por meio de movimentos, podendo ser totalmente imóvel, bastante limitado, levemente limitado e não apresenta limitações. A mobilidade é um dos fatores de risco mais relevantes na formação de UP, estando, também, relacionado ao bem-estar físico e psíquico do indivíduo (COSTA, 2003).

Com relação ao estado nutricional, se avalia o padrão usual de ingestão alimentar (RABEH, 2001), que pode ser muito pobre, provavelmente inadequado, adequado e excelente.

Já o parâmetro que avalia a predisposição a fricção e cisalhamento, tem como categorias: problema, problema em potencial e nenhum problema.

As primeiras cinco subescalas, de acordo com a escala de Braden, são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A pontuação total pode variar de 6 a 23. A contagem de menor número de pontos, na Escala de Braden, indica que o indivíduo

tem alto risco para desenvolver a UP. Pacientes com um valor de 15 a 18 pontos, são considerados em risco; de 13 a 14, risco moderado; de 10 a 12, alto risco; e de 9 ou menos pontos, risco muito elevado (WOCN, 2003).

Serpa (2006) afirma que vários estudos concluíram que a Escala de Braden tem elevados níveis de sensibilidade e especificidade, e ser um ótimo preditor para as UP. Embora se saiba da evidente importância da escala de Braden para prever o risco para o desenvolvimento de UP, o estudo de Serpa (2006), realizado com 170 pacientes, em duas instituições privadas de São Paulo, mostrou que a subescala Nutrição sozinha, que avalia ingestão alimentar, é frágil para prever o risco para desenvolver UP.

3.3 ENVELHECIMENTO, ESTADO NUTRICIONAL E ÚLCERA POR PRESSÃO

A nutrição é um importante fator envolvido na causa de úlceras por pressão e o comprometimento do estado nutricional pode ter influência sobre as taxas de morbidade e mortalidade. “Os distúrbios nutricionais são comuns entre os idosos e o estado nutricional representa tanto um fator de risco como um marcador de doenças” (SESMG, 2006, p.33).

Os indicadores antropométricos e os indicadores nutricionais bioquímicos não se alteram com o envelhecimento. Sendo assim, o processo de envelhecimento não tem consequências importantes sobre o estado nutricional. O estado nutricional do idoso recebe influência de hábitos alimentares, doenças crônicas, uso de medicamentos, alterações no apetite, olfato, paladar, mastigação, deglutição e,

também, na autonomia para realizar refeições e a percepção sensorial (SESMG, 2006).

No estudo que foi realizado no Brasil, por Souza (2005), com objetivo de analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP em idosos institucionalizados, utilizando a Escala de Braden, o fator nutrição muito pobre ou inadequada esteve presente em 51,3% dos idosos acometidos pelo agravo.

Para uma avaliação completa do estado nutricional é importante a inclusão de antropometria, avaliação de padrões alimentares e a ingestão de energia e nutrientes, complementados com alguns parâmetros bioquímicos e indicadores de independência funcional e atividade física (SESMG, 2006).

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. Porém, a literatura não dispõe de padrão-ouro para diagnóstico das desordens nutricionais (ACUÑA e CRUZ, 2004). O estudo de PAULA et al (2007) também conclui que não há um consenso sobre qual seria o melhor método para a avaliação nutricional da população geriátrica. Mas, a maioria dos autores considera como padrão-ouro as medidas antropométricas e exames laboratoriais (linfócitos totais, albumina, colesterol sérico, hemoglobina e transferrina) (ACUÑA e CRUZ, 2004 e PAULA et al, 2007). Muitas vezes, observa-se que estes métodos tornam-se inviáveis na prática clínica em geriatria, em decorrência das limitações físicas apresentadas pelos idosos, como também financeiras, apresentadas pelo sistema de saúde. Assim, os métodos subjetivos se tornam instrumentos úteis na detecção de risco nutricional na população idosa (PAULA et al, 2007).

Também não há uma medida ou combinação de medidas de avaliação nutricional que possam prever, com acurácia, o risco para desenvolvimento de UP (WOCN, 2003).

Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar o estado nutricional de idosos, dentre eles merece destaque a Miniavaliação Nutricional (MAN), que engloba antropometria, avaliação dietética, avaliação clínica global e autopercepção de saúde e estado nutricional (ACUÑA e CRUZ, 2004).

A Avaliação Subjetiva Global (ASG) tem sido utilizada na população geriátrica, sendo considerada um instrumento útil na avaliação do estado nutricional em idosos (ACUÑA e CRUZ, 2004).

3.3.1 Avaliação Nutricional Subjetiva Global

Um método de avaliação clínica, padronizado por Detsky et al (1987), denominado Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG), desenvolvida para ser aplicada a pacientes cirúrgicos, tem sido utilizado em diversas situações clínicas (MAGNONI, CUKIER e OLIVEIRA, 2005). É um método baseado na história clínica e no exame físico, que considera não apenas alterações da composição corporal, mas também alterações funcionais do paciente. Tem como objetivo identificar pacientes de alto risco de complicações por seu estado nutricional. É considerado um método simples, de baixo custo, realizável à beira do leito e em pouco tempo (SILVA, 2006).

Este instrumento avalia a perda de peso corpóreo, gordura e massa muscular, além das mudanças na ingestão alimentar.

Um estudo realizado em São Paulo com 106 pacientes hospitalizados, com o objetivo de analisar a Avaliação Nutricional Subjetiva Global para o diagnóstico de desnutrição em pacientes cardiopatas, identificou maior número de pacientes desnutridos utilizando a ANSG do que os métodos tradicionais de avaliação nutricional (YAMAUT et al, 2006).

Em outro estudo brasileiro, que tinha como objetivo analisar a eficácia e a praticidade da ANSG para diagnosticar o estado nutricional de pacientes idosos, encontrou-se redução entre moderada e grave de reserva adiposa em 83% dos pacientes ao utilizar avaliação antropométrica, e 91,5% ao utilizar ANSG, e perda de massa magra em 70% pela antropometria e 87% pela ANSG (CORDEIRO e MOREIRA, 2003).

A ANSG é aplicada utilizando anamnese e exame físico. Cada categoria do instrumento ANSG é pontuado com os valores de 0 a 3 pontos. As categorias alteração no peso corpóreo (se $> 10\%$ = 2 e se $< 10\%$ = 1), dieta, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional física e nível de estresse relacionado ao diagnóstico são avaliadas utilizando anamnese. As categorias perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax), perda de músculo estriado, edema sacral, edema no tornozelo e ascite, são avaliadas, utilizando exame físico, como: 0 = normal, 1 = leve ou moderadamente depletado e 2 = gravemente depletado. Em cada item, serão somadas a pontuação de cada categoria e, no final, se obtém a soma total.

Conforme a ANSG, os indivíduos serão classificados de acordo com a pontuação: < 17 pontos = bem nutrido; $17 \leq 22$ pontos = desnutrido moderado, > 22 pontos = desnutrido grave.

Um estudo de revisão sistemática de literatura na Medline, com o objetivo de revisar o uso da avaliação nutricional subjetiva em outras situações clínicas e

estudos de intervenção, sugere a complementação da ANSG com outras técnicas de avaliação nutricional, uma vez que o método não possui sensibilidade adequada para identificar pequenas variações no estado nutricional (SILVA, 2002).

3.3.2 Dosagem de Albumina

A albumina é a proteína mais abundante do plasma e dos líquidos extracelulares e tem importância preponderante na determinação da pressão colóido-osmótica do plasma, exercendo função de proteína de transporte (cálcio, ácidos graxos de cadeia longa, medicamentos, dentre outros). É uma das proteínas séricas mais frequentemente utilizadas para determinação do estado nutricional e está fortemente relacionada com aumentos na morbidade, cicatrização deficiente de feridas e da mortalidade (ACUÑA e CRUZ, 2004).

A concentração sérica de albumina depende de muitos fatores, como a síntese hepática; perdas anormais de albumina (doença renal, eclâmpsia, enteropatia perdedora de proteína e queimaduras); catabolismo aumentado (estresse, hipermetabolismo, síndrome de Cushing e algumas neoplasias); trocas entre os compartimentos, que são alteradas em situações patológicas, com sequestro para o extravascular (trauma, infecção) e volume de distribuição, afetado pelo estado de hidratação (ACUÑA E CRUZ, 2004).

São classificados como de baixo risco nutricional aqueles indivíduos com nível sérico de albumina de 2,8 a 3,5 mg/dl, como de risco moderado aqueles que têm entre 2,1 e 2,7 mg/dl e como em alto risco nutricional os que apresentam níveis menores que 2,1 mg/dl (WOCN, 2003).

O baixo nível de albumina causa alterações da pressão oncótica e, conseqüentemente, edema, o que compromete a difusão de oxigênio e nutrientes nos tecidos, predispondo a hipóxia e morte celular (WOCN, 2003).

No estudo que mostrou que a subescala Nutrição da Escala de Braden sozinha é frágil para predizer o risco para desenvolver UP, verificou-se que a albumina, a avaliação nutricional subjetiva global e a idade foram variáveis preditoras para o desenvolvimento de UP. Este estudo mostrou também que a albumina é um dos parâmetros mais importantes na predição de risco para UP (SERPA, 2006).

3.4 ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE FUNCIONAL

Os idosos têm maior risco para desenvolver depressão e demência (COSTA e MONEGO, 2003). As funções intelectuais mais atingidas são a memória, o tempo de reação e a percepção, comprometendo a capacidade de interação e adaptação com o meio (DUARTE, 2001).

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 (ARAÚJO E CEOLIM, 2007).

Uma das limitações mais preocupantes para familiares e cuidadores está relacionada à disfunção cognitiva e sensorial, pois resulta em dependência e perda de autonomia (COSTA e MONEGO, 2003).

A dependência é definida como a “incapacidade de realizar uma ou mais atividades da vida diária (AVD), sem auxílio. É definida em graus, leve, moderada e avançada” (SESMG, 2006, p.16). A independência e autonomia nas AVD estão relacionadas ao funcionamento integrado de quatro grandes funções: cognição, humor, mobilidade e comunicação. Quando estas funções são comprometidas direta ou indiretamente, de forma isolada ou associada, em consequência de uma ou mais doenças, podem comprometer as AVD (SESMG, 2006).

É sabido que o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas não-transmissíveis, que podem afetar a funcionalidade das pessoas, levando-as a uma situação de dependência para o desempenho de AVD como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira, usar o sanitário e manter a continência urinária, anal, ou ambas. Assim, requerem cuidados pessoais em tempo integral. Essa dependência 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).

Defini-se capacidade funcional como a “manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia” (SESMG, 2006, p.16). Ressalta-se que a expressão capacidade funcional é universal, sendo assim, a equivalência conceitual está estabelecida (LINO et al, 2008).

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 (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 (SESMG, 2006).

Um dos instrumentos mais antigos e mais citados na literatura nacional e internacional para avaliação da capacidade funcional é o Índice de Independência em Atividade da Vida Diária (EIAVD) (DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO 2007).

3.4.1 Avaliação Funcional pela Escala de Katz

Este instrumento foi desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe, publicado pela primeira vez em 1963, para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos (LINO et al, 2008). A escala de Katz se propõe medir a autonomia dos indivíduos, considerando os aspectos físicos para a realização de AVD (FAUSTINO, 2008).

No Brasil, a tradução livre da Escala de Katz vinha sendo amplamente utilizada antes de ter sido realizada a adaptação transcultural, “passo imprescindível antes de se conduzir um estudo e aplicar seus resultados” (LINO et al, p.104, 2008). Utilizava-se o instrumento de diferentes formas, em especial no que se refere à classificação da dependência/independência e das atividades envolvidas, o que dificulta uniformização de conceitos e a comparabilidade dos estudos (DUARTE, ANDRADE E LEBRÃO, 2007).

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.

Os autores consideraram que a versão final da Escala de Katz é fácil de se entender e de aplicar e é equivalente à original em inglês. Os itens apresentaram consistência interna e as taxas foram confiáveis (LINO et al, 2008).

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 E LEBRÃO, 2007). Cada função possui três alternativas categorizadas como independente ou dependente (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 **uso do vaso sanitário** refere-se à ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; realizar higiene íntima e arrumação das roupas. São considerados dependentes aqueles que recebem qualquer auxílio direto, aqueles que não conseguem desempenhar a função e aqueles que usam “marrecos” ou “comadres” (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).

Conforme a Escala de Katz, a classificação é feita de acordo com os diferentes graus de independência funcional para cada função, sendo os índices de 0 a 6 (LINO et al, 2008): 0 - independente em todas as seis funções; 1 - independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 - independente em quatro funções e dependente em duas; 3 - independente em três funções e dependente em duas; 4 - independente em duas funções e dependente em quatro; 5 - independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 - dependente em todas as seis funções.

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 e CEOLIM, 2007; LINO et al, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal e correlacional. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, descrever, classificar e documentar os aspectos de uma situação. No estudo descritivo correlacional, busca-se descrever a relação entre as variáveis (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas duas instituições de longa permanência para idosos, de caráter filantrópico, localizadas no município de Itaúna-MG. A coleta dos dados compreendeu o período de 30 de abril a 30 de julho de 2009.

As instituições são reconhecidas como de utilidade pública federal e registradas no Conselho Nacional de Serviço Social. Atende à população idosa carente e são mantidas por doações da comunidade, parte dos benefícios de aposentadoria dos idosos e por convênios com a Secretaria do Estado do Trabalho e Assistência Social e Prefeitura Municipal de Itaúna. A Secretaria Municipal de Saúde do município oferece apoio com a assistência de profissionais e recursos materiais.

Neste estudo as instituições são intituladas Instituição A e Instituição B, preservando o sigilo ético quanto aos nomes das mesmas.

A instituição A tem capacidade para 75 idosos. A estrutura física desta instituição conta com nove quartos coletivos femininos, sete quartos coletivos masculinos, sendo que a ocupação desses quartos variam de dois a seis leitos. Todos os quartos possuem banheiro. Possui um quarto duplo de um casal de idosos que oficializou a união durante o período da coleta de dados. Uma idosa, devido a problemas mentais e comportamentais, reside em um quarto individual na parte inferior da instituição. Possui uma sala de enfermagem, onde ocorre os atendimentos médicos, sala de fisioterapia, salão de confraternização, capela, lavanderia, cozinha, refeitório e uma ampla área aberta para lazer, jardins, horta e área administrativa.

A instituição A não possuía enfermeiro e médico até o início da coleta de dados e tinha como referência os profissionais da equipe de saúde da família (ESF) responsável pela área de abrangência onde a instituição está localizada. Atualmente, a assistência é prestada por uma médica generalista, um psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e 14 cuidadores leigos, que não possuem formação e capacitação técnica, sendo que 11 trabalhadores se revezavam em plantões de 12 por 24 horas no diurno e 3 no noturno. Os atendimentos fisioterápicos são oferecidos pelo fisioterapeuta da ESF. Recebe acadêmicos dos cursos de graduação em Fisioterapia e Enfermagem da universidade da cidade.

A instituição B tem capacidade para 45 idosos. Está abrigada em uma construção emprestada provisoriamente, uma vez que o prédio oficial está passando por reforma. Para acessar o prédio, é necessário subir escadas ou rampa. Conta

com dois quartos coletivos femininos, cinco quartos coletivos masculinos, sendo que a ocupação desses quartos variam de quatro a dez leitos. Apenas um quarto possui banheiro. Possui uma sala de enfermagem, lavanderia, cozinha, refeitório, área administrativa e três banheiros.

A instituição B não possui enfermeiro. Tem como referência o médico e a enfermeira da ESF responsável pela área de abrangência onde o prédio oficial, que está em reforma, localiza-se. Atualmente, a assistência é prestada por três técnicas de enfermagem e sete cuidadores leigos. Também recebe acadêmicos dos cursos de graduação em Fisioterapia e Enfermagem da universidade da cidade.

A assistência de enfermagem nas duas instituições não é sistematizada e não possui protocolo para prevenção de UP. Não é realizada avaliação dos idosos quanto ao risco para o desenvolvimento de UP e as medidas preventivas e o tratamento deste tipo de lesão geralmente se iniciam após detecção de UP em estágio II. Ambas instituições não possuem nutricionista e toda a dieta dos idosos é definida pelas cozinheiras e cuidadoras. Quando há alguma prescrição médica ou de enfermagem relacionada à dieta de algum idosos, esta é seguida.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por idosos com 60 anos ou mais, residentes nas instituições de longa permanência para idosos - ILPI de um município mineiro, no período da coleta de dados, que concordaram em participar do estudo.

No início da coleta de dados as Instituições A e B possuíam 73 e 37 residentes, respectivamente. Na instituição A havia 1 (um) residente que não era idoso e na instituição B havia 9 residentes menores de 60 anos.

Durante o período da coleta, quatro idosos foram a óbito antes de serem submetidos à coleta de dados e ocorreram duas admissões na instituição A. Um idoso residente na instituição B se recusou a participar do estudo.

Assim, a amostra final constituiu-se de 70 idosos na instituição A e 27 idosos na instituição B, perfazendo um total de 97 pessoas idosas.

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Instrumento de identificação do idoso, que aborda também as variáveis sócio-demográficas e condições clínicas apresentadas (Apêndice I);
- Instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP - Escala de Braden, proposto por Braden e Bergstrom (1987), traduzida e validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999) (Anexo I);
- 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 II);
- Instrumento de avaliação nutricional – Avaliação Nutricional Subjetiva Global, proposta e validada por Detsky e colaboradores (1987) (ANEXO III).
- Avaliação laboratorial: nível sérico de albumina.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a coleta de dados foram aplicados por quatro enfermeiras, a pesquisadora, especialista em estomaterapia, e outras três voluntárias, treinadas especificamente para a colaboração na aquisição dos dados. Antes de se iniciar a coleta dos dados, foi realizado treinamento das enfermeiras voluntárias e, posteriormente, um pré-teste e avaliação de concordância entre observadores.

4.5.1 Treinamento dos observadores

O treinamento das enfermeiras observadoras seguiu a seguinte sequência:

- Etapa 1: aula teórica ministrada por especialista sobre envelhecimento e úlcera por pressão (carga horária: 3 horas);
- Etapa 2: participação no Curso: “Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão”, ministrada pela Professora Doutora Maria Helena L. Caliri, promovido pelo Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – EE/UFMG – Especialidade Estomaterapia, no ambulatório de Dermatologia/HC-UFMG (carga horária: 6 horas);

- Etapa 3: aula teórica ministrada por especialista sobre os instrumentos de coleta de dados e exercícios simulados, utilizando estes instrumentos na avaliação em estudos de casos fictícios (carga horária: 3 horas);
- Etapa 4: aplicação dos instrumentos em pacientes da comunidade, com discussão posterior dos casos e respostas.

4.5.2 Validação dos observadores

Após o treinamento, todas as enfermeiras que participaram da coleta, aplicaram os instrumentos Escala de Braden e Escala de Katz, simultaneamente em 46 pacientes internados em um hospital universitário de Belo Horizonte – MG. Os dados desta avaliação foram inseridos em um banco de dados do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 16.0 e a análise estatística foi procedida para identificar o grau de concordância entre as avaliadoras voluntárias (Avaliador 2, 3 e 4) e a especialista (Avaliador 1).

Para o teste de concordância, utilizou-se o coeficiente Kappa, que “quantifica o grau de confiabilidade, comparando a concordância observada com a concordância que seria esperada” (GOULART, 1999, p.76).

Os índices de concordância variam de 0,00 a 1,00, sendo aqueles entre 0,85 e 0,95 uma concordância preferível entre avaliadores. Quanto mais próximo de 1,00, mais confiável (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004). É considerada uma concordância excelente, na interpretação do Kappa, aquela maior que 0,75; razoável e boa quando estiver entre 0,40 e 0,75 e fraca abaixo de 0,40 (GOULART, 1999).

O índice de concordância entre o avaliador 1 (enfermeira especialista) e avaliadores 2, 3 e 4 (enfermeiras voluntárias) para a classificação de risco pela Escala de Braden foi de 0,351, 0,462 e 0,616, respectivamente. Observa-se que houve uma concordância fraca entre as avaliadoras 1 e 2 ($Kappa < 0,40$), e razoável entre as avaliadoras 1 e 3, e 1 e 4 ($Kappa 0,40-0,75$).

Na classificação do nível de independência pela Escala de Katz, obteve-se índices Kappa de 0,789, 0,827 e 0,751 ($Kappa > 0,75$), apresentando uma concordância excelente entre as avaliadoras.

Considerando os índices de concordância obtidos e que o melhor índice de concordância é aquele próximo de 1 (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004), procedeu-se a uma avaliação por pares, realizada em dois tempos distintos: uma avaliação primária e outra denominada secundária. Definiu-se que as avaliadoras voluntárias ficariam responsáveis pela coleta primária dos dados sócio-demográficos, condições clínicas, ANSG e aplicação da Escala de Katz. A enfermeira especialista ficaria responsável pela aplicação da Escala de Braden, estadiamento das UP, avaliação secundária dos pacientes com confirmação dos dados documentados na coleta primária.

Os dados para o preenchimento dos instrumentos foram coletados utilizando dados contidos nas fichas de admissão e prontuários institucionais, entrevista com os profissionais das instituições e exame físico dos idosos. Quando o idoso não apresentava condições de informar, realizou-se entrevista com os seus cuidadores. A psicóloga e assistente social da instituição A também foram entrevistadas com relação aos dados sócio-demográficos dos idosos.

Optou-se por entrevistar os profissionais a fim de garantir a fidedignidade das informações e coletar o máximo de dados possível, uma vez que alguns idosos

não apresentavam condições de informar e os dados contidos nos registros serem, muitas vezes, insuficientes para o preenchimento dos instrumentos.

Os dados sobre doenças e medicamentos foram obtidos após consulta aos prontuários dos idosos da instituição B. Na instituição A, os dados sobre doenças foram obtidos após consulta aos prontuários dos idosos e entrevista com a médica de referência da instituição. Quanto aos medicamentos, consultou-se o “caderno de medicamentos”, onde fica toda a relação da medicação usada por cada idoso da Instituição A.

Para estabelecer o estadiamento das UP naquela população, baseou-se na classificação internacional proposta pela NPUAP (2007), já descrita anteriormente.

Os dados para a aplicação das Escalas de Katz, Braden e ANSG, foram obtidos por entrevista com idosos e cuidadores, além do exame físico nos idosos.

A coleta de sangue para exame laboratorial foi realizada pela bioquímica responsável pelo laboratório de análises clínicas contratado. Utilizou-se o método “verde bromo-aut” na análise laboratorial.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Foram solicitadas autorizações prévias dos responsáveis pelas instituições de longa permanência para que a pesquisa fosse realizada (Apêndice II).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer COEP - ETIC 267/09) (Anexo IV).

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 dos sujeitos da pesquisa - TCLE (Apêndice III), conforme preconiza a Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Quando o idoso não apresentava condições cognitivas e físicas para tal, as orientações e a solicitação de consentimento foram feitas aos familiares responsáveis ou aos responsáveis pelas instituições, que assinaram o TCLE dos responsáveis pelos sujeitos da pesquisa (Apêndice IV).

4.7 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

4.7.1 Consistência do Banco de Dados

Os dados levantados apresentavam-se em 54 variáveis previamente definidas. Estas referiam-se aos dados sócio-demográficos e de identificação (14 variáveis), de situação clínica (22 variáveis), de classificação de risco para o desenvolvimento de UP (8 variáveis); de avaliação funcional (7 variáveis) e de avaliação nutricional (3 variáveis). As variáveis constavam em quatro instrumentos distintos (Anexos I,II,III e Apêndice I)

Todos os dados coletados foram digitados em uma planilha do SPSS - versão 16.0 e redigitados para avaliação de consistência. Foi procedida a dupla digitação, por pessoas distintas, para os dados de 51 variáveis, num total de 4.947 registros. Três variáveis não foram submetidas ao teste por se tratarem de variáveis

relacionada à identificação dos sujeitos. Houve erro de digitação em 81 registros (1,6% de erro), apresentando-se confiável. Após a avaliação de concordância entre as variáveis, aquelas que apresentaram erro de digitação, passaram por criteriosa correção até se atingir 100% de coincidência entre as digitações.

4.7.2 Prevalência

A prevalência de UP é definida como uma proporção de pessoas que apresentam úlcera por pressão em um ponto específico no tempo (NPUAP, 2001 apud DORNER, POSTHAUER e THOMAS, 2009). Então, dividiu-se o número de idosos com UP, no período da coleta de dados (3 meses), pelo número total da amostra e multiplicou-se por 100, para obtenção da porcentagem:

$$\text{Prevalência de UP} = \frac{\text{número de idosos com UP}}{\text{número total de idosos}} \times 100$$

4.7.3 Análise Descritiva e Inferencial

Para caracterização da amostra estudada, utilizou-se a análise descritiva com apresentação de frequências simples e percentuais, média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos foi procedido.

As variáveis foram testadas para normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Foram realizados testes de hipótese para as variáveis paramétricas

contínuas, utilizando o teste t de Student e para as variáveis categóricas utilizou-se o qui-quadrado de Pearson (χ^2). Quando o valor esperado das caselas foi menor que 5, utilizou-se o teste Exato de Fisher para comparar a proporção entre dois grupos. Para variáveis não paramétricas utilizou-se o teste Mann Whitney.

Verificou-se se havia correlação linear entre as variáveis através da medida do coeficiente de Pearson. Quando o valor p (probabilidade) é maior (>) que 0,05 é considerado como associação estatisticamente não significativa e um valor $p < 0,05$ (chance de ocorrência ao acaso de 5%) é considerado como associação estatisticamente significativa (GOULART, 1999).

Buscou-se por associações entre incapacidade, suporte nutricional e risco para o desenvolvimento de UP a fim de estabelecer a predição de risco. A análise foi efetivada por tabelas de contingência e apresentou-se dois modelos de regressão linear: (1) tendo a pontuação da Escala de Braden como variável resposta e categorização da Escala de Katz como variável explicativa; e (2) o valor da albumina sérica como variável resposta e a pontuação da subescala nutrição da escala de Braden como variável explicativa.

Para avaliar os fatores que contribuíram para a ocorrência de UP, utilizou-se o modelo de regressão logística tendo a ocorrência de UP como variável resposta. As variáveis avaliadas foram pontuação na escala de Braden, sexo masculino, idade, nível sérico de albumina, tempo de institucionalização, cor branca, cor preta, cor parda, hipertensão arterial, diabetes e uso de neurolépticos ou psicotrópicos. Realizou-se análise univariada com pontos de corte para significância de valor $p < 0,10$. Manteve-se então o modelo multivariado com as variáveis significativas estatisticamente ao valor $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido com uma amostra de 97 idosos institucionalizados, residentes em duas ILPI de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Considerando os fatores que podem predispor os idosos a desenvolver UP, buscou-se conhecer as características dos idosos institucionalizados, avaliando o escore de risco para UP, o nível de independência funcional, o valor da albumina e a classificação pela ANSG apresentada pelos idosos, como estes fatores se correlacionam entre si e com a ocorrência de UP.

Os resultados serão apresentados na forma de tabelas e figuras, distribuídos em: caracterização sócio-demográfica dos idosos, segundo ILPI; prevalência, localização e estadiamento das úlceras por pressão; associação entre variáveis sócio-demográficas, clínicas, nível de independência para realização de AVD; avaliação do risco para UP, estado nutricional e ocorrência de UP; análise de correlação entre as avaliações pelas escalas de Katz e Braden; análise de correlação entre o nível de albumina e a subescala nutrição de Braden; e determinar os fatores preditivos para o desenvolvimento de UP.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS, SEGUNDO ILPI

Realizou-se a caracterização sócio-demográfica dos idosos segundo a ILPI a fim de conhecer o perfil dos idosos institucionalizados e verificar diferenças

estatísticas relacionadas aos idosos destas instituições, utilizando a análise descritiva (TABELA 1).

**TABELA 1: Demonstrativo dos dados sócio-demográficos, segundo ILPI.
Itaúna, MG, 2009 (n=97)**

Variáveis	Instituição				Total (n=97)		Valor p
	A (n=70)		B (n=27)				
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,002
Masculino	22	31	18	67	40	41	
Feminino	48	69	9	33	57	59	
Categorização da Idade (BRASIL, 2002b)							0,117
60 - 64 anos	4	6	2	7	6	6	
65 - 69 anos	7	10	7	26	14	14	
70 - 74 anos	14	20	8	30	22	23	
75 - 79 anos	12	17	4	15	16	16	
80 e mais	33	47	6	22	39	40	
Grau de Instrução (BRASIL, 2002b)							0,538
Analfabeto(a)	38	54	15	56	53	55	
Alfabetizado(a)	29	41	10	37	39	40	
Nível fundamental	0	0	1	4	1	1	
Nível médio	2	3	1	4	3	3	
Nível superior	0	0	0	0	0	0	
Não informado	1	1	0	0	1	1	
Cor ou Raça (BRASIL, 2002b)							0,305
Branca	44	63	21	78	65	67	
Preta	13	19	2	7	15	15	
Amarela / Indígena	0	0	0	0	0	0	
Parda	13	19	4	15	17	18	
Estado Civil							0,558
Solteiro(a)	46	66	15	56	61	63	
Casado(a)	2	3	1	4	3	3	
Viúvo(a)	16	23	6	22	22	23	
Amasiado(a)	0	0	0	0	0	0	
Divorciado(a)	6	9	5	19	11	11	
Número de Filhos							0,842
Média	1		1,1		1		
Mínimo	0		0		0		
Máximo	9		7		9		
Desvio Padrão	2		1,7		1,9		

Continuação da TABELA 1:

Variáveis	Instituição				Total (n=97)		Valor p
	A (n=70)		B (n=27)				
	N	%	N	%	N	%	
Local de Procedência							0,008
Domicílio Próprio	40	57	8	30	48	49	
Domicílio de Parentes	17	24	8	30	25	26	
ILPI/Casa para Idosos	8	11	3	11	11	11	
Desabrigado	1	1	3	11	4	4	
Hospital	0	0	3	11	3	3	
Não Informado	4	6	2	7	6	6	
Motivo Principal de Institucionalização							0,094
Morava Sozinho e Apresentava Dificuldades para Realizar AVD	23	33	6	22	29	30	
Dificuldade Financeira	2	3	1	4	3	3	
Sofria Maus Tratos	1	1	2	7	3	3	
Opção	11	16	1	4	12	12	
Morava com Outro Idoso	7	10	0	0	7	7	
Dificuldade da Família em Prestar Cuidados/ Relacionamento	16	23	9	33	25	26	
Abandono	1	1	2	7	3	3	
Sem Informação	9	13	6	22	15	15	
Tempo de Institucionalização (em meses)							0,037 (a)
Média	77,3		50,8		69,9		
Mínimo	1		1		1		
Máximo	328		168		328		
Desvio Padrão	82,5		40		73,9		
Presença de Úlcera por Pressão							0,559
Não	62	89	25	93	87	90	
Sim	8	11	2	7	10	10	

(a) Desigualdade de variância avaliado pelo Teste Levene's ($p < 0,05$)

Os resultados apresentados, mostram que as idosas são a maioria (59%), porém há um predomínio de mulheres na instituição A (69%) e de homens na instituição B (67%), mostrando uma diferença significativa ($p=0,002$) na variável sexo.

A idade dos idosos que compõem a amostra varia entre 61 e 94 anos, com média de 77 anos e desvio padrão de 8,5 anos. A maior parte dos idosos das instituições A tem 80 ou mais anos (47%), sendo que aqueles com 80 anos ou mais perfazem 40% do total da amostra deste estudo. Ocorre diferenças significativas em relação à idade ($p=0,007$) dos idosos entre as instituições. Os idosos da instituição A

possuem média de anos vividos (78,4 anos) maior que os idosos da instituição B (73,3 anos).

Em relação ao grau de escolaridade, o estudo mostra que 55% dos idosos institucionalizados são analfabetos, sendo 28% homens e 72% mulheres não alfabetizadas, e que não há diferenças estatísticas significativas ($p=0,538$) no grau de instrução entre os idosos destas instituições. Os idosos de cor ou raça branca são maioria nas instituições A (63%) e B (78%), correspondendo a 67% da amostra estudada.

Observa-se que não há diferença estatística significativa entre as variáveis estado civil ($p=0,558$) e número de filhos ($p=0,842$) entre os idosos das instituições A e B. Há predomínio de idosos solteiros (63%) e sem filhos (68%), em ambas as instituições.

Quanto ao local de procedência e motivo da institucionalização, 49% dos idosos são provenientes de domicílio próprio e 30% moravam sozinhos e tinham dificuldades para realizar AVD, sendo este o motivo principal da institucionalização. Na variável local de procedência, observa-se diferenças significativas entre as instituições ($p=0,008$). Na instituição A concentra-se o número de idosos provenientes de domicílio próprio ou de parentes (81%). Na instituição B, apesar da maioria também ser provenientes de domicílio próprio ou de parentes (60%), ocorre maior distribuição de idosos provenientes de outros locais, como hospitais (11%), ou desabrigados (11%).

O tempo médio de institucionalização é de 70 meses, variando entre 1 e 328 meses na instituição A (Média =77,3) e 1 e 168 meses na instituição B (Média =50,8). Entre as instituições há diferença significativa ($p=0,037$) em relação ao tempo de institucionalização.

Não houve diferenças estaticamente significativas em relação à presença de UP nos idosos ($p= 0,559$) entre as instituições A e B.

5.2 PREVALÊNCIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Dos 97 idosos analisados, 10 possuíam alguma UP, sendo que 3 possuíam uma segunda e mesmo terceira úlcera. A média de UP por paciente foi 1,6 e estavam distribuídas em diversas regiões (GRÁFICO 1). A prevalência de UP encontrada entre os idosos institucionalizados foi de 10,3%.

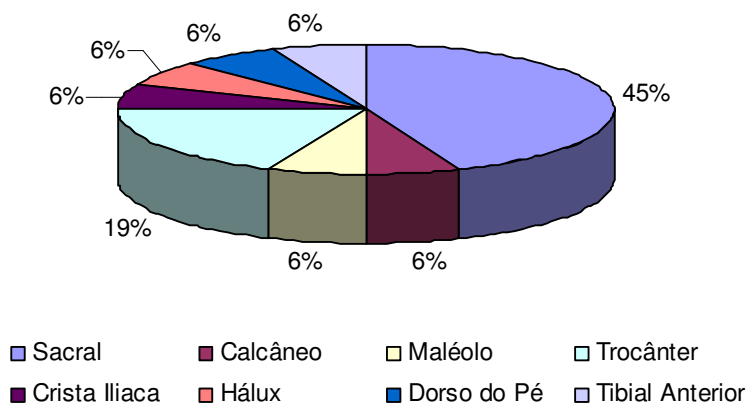


GRÁFICO 1: Localização das Úlceras por Pressão por região corporal. Itaúna, MG, 2009 (n=10)

As úlceras por pressão foram predominantemente localizadas na região sacral (45%), seguida por aquelas na região trocântica (19%).

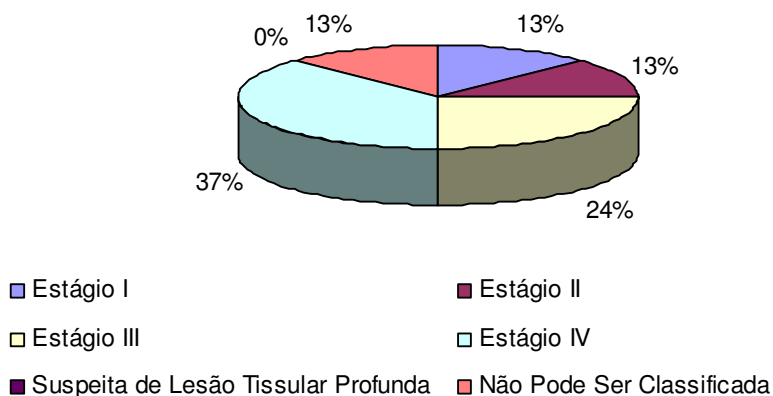


GRÁFICO 2: Estadiamento das Úlceras por Pressão. Itaúna, MG, 2009 (n=10)

A maioria das úlceras por pressão apresentadas pelos idosos foi classificada como em estágio IV (37%), seguidas pelas UP em estágio III (24%). Não foi encontrada suspeita de lesão tissular profunda (GRÁFICO 2:).

5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E ÚLCERA POR PRESSÃO

Considerando-se a importância de se avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP, buscou-se relacionar variáveis sócio-demográficas, clínicas, classificação de risco para o desenvolvimento de UP, nível de independência e avaliação nutricional com a presença ou não de UP. Foram realizadas análises descritivas, de correlação e de regressão logística.

A TABELA 2 apresenta a associação entre UP e condições sócio-demográficas.

TABELA 2: Ocorrência de UP, segundo variáveis sócio-demográficas. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Variáveis	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)				
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,175 *
Masculino	34	39,1	6	60	40	41,2	
Feminino	53	60,9	4	40	57	58,8	
Categorização da Idade (Brasil, 2002b)							0,799
60 - 64 anos	6	6,9	0	0	6	6,2	
65 - 69 anos	13	14,9	1	10	14	14,4	
70 - 74 anos	19	21,8	3	30	22	22,7	
75 - 79 anos	15	17,2	1	10	16	16,5	
80 e mais	34	39,1	5	50	39	40,2	
Grau de Instrução (Brasil, 2002b)							0,001
Analfabeto(a)	52	59,8	1	10	53	54,6	
Alfabetizado(a)	31	35,6	8	80	39	40,2	
Nível fundamental	1	1,1	0	0	1	1	
Nível médio	3	3,4	0	0	3	3,1	
Nível superior	0	0	0	0	0	0	
Não informado	0	0	1	10	1	1	
Cor ou Raça (Brasil, 2002b)							0,874
Branca	58	66,7	7	70	65	67	
Preta	14	16,1	1	10	15	15,5	
Amarela / Indígena	0	0	0	0	0	0	
Parda	0	0	0	0	0	0	
Sem Declaração	15	17,2	2	20	17	17,5	
Tempo de Institucionalização (em meses)							0,469
Média	70,1		68,8		69,9		
Mínimo	1		1		1		
Máximo	328		324		328		
Desvio Padrão	71,4		97,9		73,9		

* Teste Exato de Fisher

Entre os 97 idosos que compõem a amostra, 10 (10,3%) apresentaram UP e 87 (89,7%) não a apresentaram. Entre aqueles que apresentaram UP, 60% são do sexo masculino, mostrando que não existe diferença estatística significativa ($p=0,0175$) na variável sexo entre os idosos com e sem UP nesta amostra.

A idade média dos idosos que apresentaram ou não UP é de 79 anos e 76,7 anos, respectivamente. Observa-se que 50% dos idosos que apresentaram UP tinham 80 anos ou mais, seguida por 30% com idade entre 70 e 74 anos, 10% entre

75 e 79 anos e 10% entre 65 e 69 anos, sem diferença estatística significativa ($p=0,799$) na variável idade.

Sobre o grau de instrução, o estudo mostra que 80% dos idosos que apresentaram UP são alfabetizados, seguidos por 10% analfabetos. Os idosos analfabetos representam 59,8% daqueles que não apresentaram UP. Assim, na variável grau de instrução, há diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com e sem UP ($p=0,001$).

Entre aqueles que apresentaram e aqueles que não apresentaram UP, 70% e 67,7% desses, respectivamente, foram classificados como brancos, demonstrando que não há diferenças estatísticas significativas ($p=0,874$) em relação à cor da pele.

Na variável tempo de institucionalização não se obteve diferença estatística significativa ($p=0,469$) para presença ou não de UP, sendo o tempo médio de institucionalização entre aqueles que apresentam ou não UP de 68,8 e 70,1 meses, respectivamente.

Assim, observou-se que, dos 97 indivíduos analisados, não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os indivíduos com UP e aqueles sem a úlcera nas variáveis sócio-demográficas, exceto para grau de instrução, onde alfabetizado representa 80% dos indivíduos com UP, enquanto representa 36% daqueles que não tem a presença da úlcera.

A seguir são apresentados os dados referentes a associação entre a ocorrência de UP e condições clínicas apresentadas pelos idosos (TABELA 3).

TABELA 3: Ocorrência de UP, segundo variáveis clínicas. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Variáveis	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)		N	%	
	N	%	N	%			
Tabagismo	10	11,5	0	0	10	10,3	0,318 *
Hipertensão Arterial	54	62,1	6	60	60	61,9	0,576 *
Diabetes	17	19,5	2	20	19	19,6	0,624 *
Doenças de Base							0,874 *
Cardiovascular	63	72,4	7	70	70	72,2	0,565 *
Respiratório	3	3,4	0	0	3	3,1	0,719 *
Neurológico	28	32,2	6	60	34	35,1	0,084 *
Urinário	2	2,3	0	0	2	2,1	0,803 *
Digestório	1	1,1	0	0	1	1	0,897 *
Endócrino	3	3,4	0	0	3	3,1	0,719 *
Psiquiátrico	26	29,9	4	40	30	30,9	0,372 *
Dermatológico	0	0	0	0	0	0	*
Outros**	6	6,9	2	20	8	8,2	0,191 *
Não Informado	5	5,7	0	0	5	5,2	

* Teste Exato de Fisher

** Reumatismos, doenças músculo-esqueléticas, neoplasias

Entre os 97 indivíduos analisados, não houve diferença estatisticamente significativa entre os idosos com UP e aqueles sem a úlcera nas variáveis clínicas. Eram tabagistas 10,3% dos idosos, sendo que aqueles que tinham hipertensão arterial e diabetes perfaziam 61,9% e 19,6%, respectivamente. A maioria (72,2%) dos idosos institucionalizados apresentavam doenças cardiovasculares, 35,1% doenças neurológicas e 30,9% doenças psiquiátricas.

A TABELA 4 apresenta os dados referentes ao uso de medicamentos e a presença de UP.

TABELA 4: Presença de UP, segundo tipos de medicamentos em uso. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

MEDICAMENTOS EM USO	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)				
	N	%	N	%	N	%	
Anti-hipertensivos	52	59,8	4	40	56	57,7	0,215 *
Hipoglicemiantes	16	18,4	2	20	18	18,6	0,591 *
Neurolépticos/Psicotrópicos	70	80,5	8	80	78	80,4	0,084 *
Cardiotônicos	12	13,8	0	0	12	12,4	0,249 *
Broncodilatadores	3	3,4	0	0	3	3,1	0,719 *
Antiplaquetário	26	29,9	5	50	31	32	0,174 *
Analgésicos/Antiinflamatórios	2	2,3	1	10	3	3,1	0,281 *
Outros**	45	51,7	2	20	47	48,5	0,056 *
Nenhum	2	2,3	0	0	2	2,1	0,803 *

* Teste Exato de Fisher

**Sulfato Ferroso, vitaminas, vasoativos, antiácidos, hormônios e hipocolesterinêmico

A maioria dos idosos que compuseram a amostra fazia uso de neurolépticos ou psicotrópicos (80,4%) e anti-hipertensivos (57,7%). Apenas 2,1% dos idosos não usava algum tipo de medicamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os idosos com UP e aqueles sem a úlcera em relação aos medicamentos em uso ($p > 0,05$).

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Buscou-se determinar a associação estatística existente entre o nível de independência para a realização no desempenho de seis funções: 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 UP (TABELA 5).

TABELA 5: Ocorrência de UP, segundo nível de independência para realização das atividades de vida diária. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Atividades de Vida Diária	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)		N	%	
	N	%	N	%			
Tomar Banho							0,02 *
Dependente	57	65,5	10	100	67	69,1	
Independente	30	34,5	0	-	30	30,9	
Vestir-se							0,02 *
Dependente	45	51,7	9	90	54	55,7	
Independente	42	48,3	1	10	43	44,3	
Uso do Vaso Sanitário							0,036 *
Dependente	39	44,8	8	80	47	48,5	
Independente	48	55,2	2	20	50	51,5	
Transferência							0,001 *
Dependente	29	33,3	9	90	38	39,2	
Independente	58	66,7	1	10	59	60,8	
Continência							0,032 *
Dependente	48	55,2	9	90	57	58,8	
Independente	39	44,8	1	10	40	41,2	
Alimentação							0 *
Dependente	8	9,2	6	60	14	14,4	
Independente	79	90,8	4	40	83	85,6	

* Teste Exato de Fisher

Observa-se que todas as variáveis referentes a atividades de vida diária (TABELA 5) apresentam diferença estatisticamente significativa entre os idosos com úlcera e aqueles sem a UP ($p < 0,05$). Esses dados já mostram uma relação entre dependência para AVD e risco para o desenvolvimento de UP.

TABELA 6: Ocorrência de UP, segundo a avaliação de independência funcional pelo Índice de Katz. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Índice de Katz (IK) (Lino et al, 2008)	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)		N	%	
	N	%	N	%			
0	22	25	0	0	22	23	0,06 *
1	13	15	0	0	13	13	0,22 *
2	9	10	1	10	10	10	0,726 *
3	4	5	1	10	5	5	0,427 *
4	16	18	0	0	16	16	0,149 *
5	17	20	2	20	19	20	0,624 *
6	6	7	6	60	12	12	0 *

* Teste Exato de Fisher

Em relação ao Índice de Katz (IK), entre os 97 indivíduos da amostra, 23% eram independentes nas 6 funções (IK=0) e 77% possuíam alguma dependência para AVD (IK=1, 2, 3, 4, 5 ou 6). Entre os idosos que não apresentaram UP, 25% eram independentes nas 6 funções (IK=0) e 7% eram dependentes em todas as funções (IK=6). Já para os indivíduos com UP, 60% eram dependentes em todas as funções (IK=6). Apenas a variável Índice de Katz 6 (dependente em todas as funções) mostrou diferença significativa entre os idosos com ou sem UP ($p=0$).

5.5 AVALIAÇÃO DO RISCO E DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Quanto ao risco para o desenvolvimento de UP, o escore médio da escala de Braden foi de 19,24, variando entre 9 e 23 pontos. Ao classificar os idosos com

presença ou não de UP conforme o risco pela escala de Braden, obteve-se o seguinte resultado (TABELA 7):

TABELA 7: Presença de UP, segundo a classificação de risco pela Escala de Braden, Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Classificação de Risco pela Escala de Braden	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)				
	N	%	N	%	N	%	
Nenhum Risco	62	71	0	0	62	64	0 *
Em Risco	19	22	3	30	22	23	0,405 *
Risco Moderado	3	3	5	50	8	8	0 *
Alto Risco	3	3	1	10	4	4	0,358 *
Risco Muito Elevado	0	0	1	10	1	1	0,103 *

* Teste Exato de Fisher

Dos 97 idosos, 35 (36%) apresentaram escore de Braden ≤ 18 , ou seja, apresentaram algum risco. Desses idosos com risco, 10 (28,57%) apresentaram UP. Entre os indivíduos que não apresentaram UP, 71% encontravam-se sem risco para este agravo avaliado pela escala de Braden, enquanto 50% daqueles que apresentavam UP encontravam-se com risco moderado. Entre aqueles que apresentaram UP, nenhum foi classificado como sem risco para o desenvolvimento de UP. Assim, encontrou-se diferenças estatísticas significativas entre os idosos com e sem UP quando se encontravam sem risco e com risco moderado.

Em relação às subescalas de Braden (TABELA 8), observa-se que todos os pacientes com UP apresentaram algum comprometimento nos domínios mobilidade e atividade e nenhum deles era confinado à cadeira.

**TABELA 8: Associação entre as subescalas de Braden e a presença de UP.
Itaúna, MG, 2009 (n=97)**

Domínios da Escala de Braden	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)				
	N	%	N	%	N	%	
Percepção Sensorial							0
Totalmente Limitado	0	-	0	-	0	-	
Muito Limitado	0	-	2	20	2	2,1	
Levemente Limitado	23	26,4	7	70	30	30,9	
Nenhuma Limitação	64	73,6	1	10	65	67	
Umidade							0
Completamente Molhada	6	6,9	2	20	8	8,2	
Muito Molhada	8	9,2	6	60	14	14,4	
Ocasionalmente Molhada	19	21,8	1	10	20	20,6	
Raramente Molhada	54	62,1	1	10	55	56,7	
Atividade							0
Acamado	3	3,4	5	50	8	8,2	
Confinado à Cadeira	23	26,4	0	-	23	23,7	
Anda Ocasionalmente	15	17,2	5	50	20	20,6	
Anda Frequentemente	46	52,9	0	-	46	47,4	
Mobilidade							0
Totalmente Imóvel	2	2,3	2	20	4	4,1	
Bastante Limitado	5	5,7	3	30	8	8,2	
Levemente Limitado	16	18,4	5	50	21	21,6	
Não Apresenta Limitações	64	73,6	0	-	64	66	
Nutrição							0
Muito Pobre	3	3,4	4	40	7	7,2	
Provavelmente Inadequado	11	12,6	1	10	12	12,4	
Adequado	34	39,1	4	40	38	39,2	
Excelente	39	44,8	1	10	40	41,2	
Fricção e Cisalhamento							0
Problema	5	5,7	3	30	8	8,2	
Problema em Potencial	13	14,9	6	60	19	19,6	
Nenhum Problema	69	79,3	1	10	70	72,2	

Entre os indivíduos que apresentaram UP, 70% e 20% foram classificados como levemente e muito limitado, respectivamente, para percepção sensorial; 60% como muito molhado e 20% completamente molhado; 50% eram acamados, 50% tinham mobilidade levemente limitada e 60% apresentavam a fricção e o cisalhamento como problemas em potencial. Observa-se que há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em todas as subescalas da Escala de Braden.

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Considerando a importância da nutrição na gênese da UP, buscou-se avaliar o estado nutricional dos idosos pela Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG) e pelo nível sérico de albumina (TABELA 9).

TABELA 9: Associação entre o nível sérico de albumina, a classificação pela ANSG e a presença de UP. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Avaliação Nutricional	UP				Total (n=97)		Valor p
	Não (n=87)		Sim (n=10)		N	%	
	N	%	N	%			
Categoria da ANSG							
Bem Nutrido	87	100	10	100	97	100	
Classificação do Nível Sérico de Albumina							
Normal	80	92	5	50	85	88	0,002 *
Depleção Leve	6	7	4	40	10	10	0,009 *
Depleção Moderada	0	0	1	10	1	1	0,103 *
Depleção Grave	0	0	0	0	0	0	-
Exame não Realizado	1	1	0	0	1	1	-

* Teste Exato de Fisher

Todos os idosos foram classificados como bem nutridos pela escala de ANSG. A maioria (88%) dos idosos tinha nível de albumina normal, sendo que 92% dos que não apresentavam UP obtiveram níveis séricos de albumina normais. Entre aqueles que apresentavam UP, 50% tinham nível normal, seguido por 40% com depleção leve e 10% com depleção moderada. Encontrou-se diferenças estatísticas significativas entre os idosos com e sem UP quando apresentavam albumina normal e depleção leve ($p < 0,05$).

5.7 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A AVALIAÇÃO PELAS ESCALAS DE KATZ E BRADEN

Realizou-se o teste de correlação por postos de Spearman para associar as variáveis Categorias da Escala de Katz e Pontuação da Escala de Braden. Encontrou-se um coeficiente de correlação entre as escalas de 0,839 e um valor de $p < 0,05$, indicando alta correlação linear entre as variáveis.

TABELA 10: Regressão linear tendo a escala de Katz como explicação para a pontuação na escala de Braden. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Categorias da Escala de Katz	Pontuação da Escala de Braden	Valor p
Independente em cinco funções e dependente em uma função	-0,47	0,463
Independente em quatro funções e dependente em duas funções	-0,92	0,192
Independente em três funções e dependente em três funções	-3,52	0
Independente em duas funções e dependente em quatro funções	-2,44	0
Independente em uma função e dependente em cinco funções	-6,11	0
Dependente em todas as funções	-9,23	0

Adicionalmente, foi realizada uma análise de regressão linear. As categorias da escala de Katz foram consideradas variáveis explicativas, enquanto a variável resposta foi a pontuação da escala de Braden. Observa-se que ser *Independente em três funções e dependente em três funções* diminui 3,52 pontos no escore de risco da escala de Braden. A mesma relação é observada, subsequentemente, para cada categoria de aumento da dependência. Ou seja, o

aumento da dependência para a realização de AVD, está proporcionalmente relacionado ao decréscimo no escore da escala de Braden. Sendo assim, conclui-se que quanto maior o nível de dependência para a realização das atividades de vida diária, menor o escore da escala de Braden e maior o risco para UP.

5.8 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ALBUMINA E A SUBESCALA NUTRIÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

Realizando o teste de correlação de Spearman para as variáveis subescala nutrição de Braden e nível sérico de albumina, encontrou-se um coeficiente de correlação de 0,277 e um valor de $p < 0,05$, indicando baixa correlação entre as variáveis.

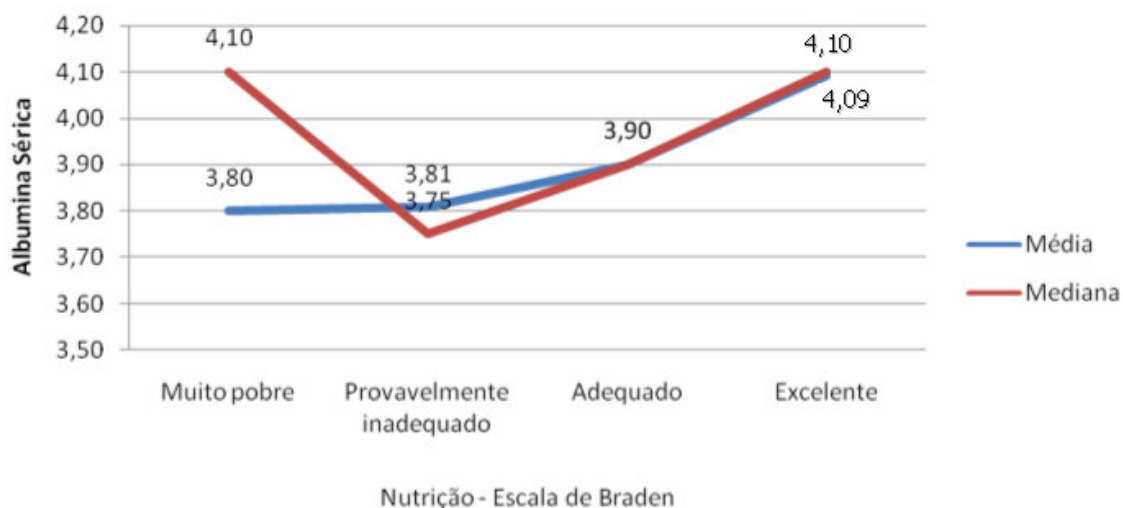


GRÁFICO 3: Nível sérico de albumina conforme as categorias da subescala nutrição de Braden. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Pode-se observar (GRÁFICO 3) que na categoria “muito pobre” da subescala nutrição de Braden, obteve-se alto valor mediano (4,10 mg/dl) de nível sérico de albumina. Há uma queda neste valor na categoria seguinte “provavelmente inadequado” com aumento nas categorias “adequado” e “excelente”.

Na análise por regressão linear, considerou-se a subescala nutrição de Braden como variável explicativa e o nível sérico de albumina como variável resposta. Observou-se baixo poder do modelo para explicar o resultado, ou seja, não foi possível afirmar que o decréscimo no escore da subescala nutrição de Braden possui relação com o decréscimo do nível de albumina.

Independentemente do comportamento da variável explicativa subescala nutrição, a variável resposta nível sérico de albumina tem comportamento não regular. Ou seja, não se pode dizer que o nível de albumina apresenta aumento linear à medida que aumenta o escore da escala nutrição de Braden. Assim, não é possível correlacioná-los. A medida da albumina sérica apresentada por aqueles com nutrição muito pobre (valor mediano = 4,10 mg/dl), assemelha-se à medida de quem possui nutrição excelente (valor mediano = 4,09 mg/dl) (Fig. 3).

5.9 ANÁLISE DOS FATORES PREDITIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Como observado anteriormente, houve alta correlação entre as variáveis de risco para UP e dependência para AVD. Assim, optou-se por não incluir a escala de Katz no modelo de regressão.

Inicialmente foi realizado um modelo univariado para cada uma das possíveis variáveis explicativas, a fim de analisar os fatores preditivos para o desenvolvimento de UP (TABELA 11).

TABELA 11: Análise de regressão logística univariada para a avaliação das variáveis possivelmente preditoras para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Variável	Coefficiente da Regressão	ODDs	Valor p	95% IC	
Pontuação da Escala de Braden	-0,61	0,54	0	0,39	0,76
Sexo masculino	0,85	2,34	0,213	0,61	8,9
Idade	0,03	1,03	0,426	0,96	1,11
Albumina Sérica	-3,43	0,03	0,001	0	0,24
Tempo de Institucionalização	0	1	0,959	0,99	1,01
Cor Branca	0	0	0,877	0	0
Cor Preta	-0,52	0,59	0,636	0,07	5,21
Cor Parda	0,1	1,1	0,907	0,21	5,87
Hipertensão Arterial	-0,09	0,92	0,899	0,24	3,49
Diabetes	0,03	1,03	0,972	0,2	5,29
Uso de Neurolépticos/Psicotrópicos	1,15	3,16	0,093	0,83	12,1

* Variáveis que apresentaram valor $p < 0,10$ e o desenvolvimento de UP

Observa-se que os fatores pontuação da escala de Braden, albumina sérica e uso de neurolépticos/psicotrópicos mostraram significância estatística.

Posteriormente, foram utilizadas as variáveis cujas estatísticas apresentam-se com valor $p < 0,10$ (TABELA 11) como variáveis explicativas para o modelo de regressão logística multivariada (TABELA 12), tendo a variável presença

de UP como variável resposta. O modelo final apresentou um r^2 (poder de explicação) no valor de 0,29, indicando baixa explicação destas variáveis para a ocorrência de UP. Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis valor de albumina e pontuação na escala de Braden e a existência de UP.

TABELA 12: Análise de regressão logística multivariada das variáveis uso de neurolépticos ou psicotrópicos, dosagem de albumina e pontuação na escala de Braden. Itaúna, MG, 2009 (n=97)

Variáveis	Coefficiente	Valor p	ODDs	95% IC ODDs	
Uso de Neurolépticos/Psicotrópicos	0,88	0,37	2,41	0,36	16,27
Valor da Albumina	-2,32	0,06	0,1	0,01	1,05
Pontuação Escala de Braden	-0,62	0	0,54	0,35	0,81

* Variáveis que apresentaram valor $p < 0,10$ e o desenvolvimento de UP

Constatou-se que um aumento na albumina sérica de 1mg/dl, diminui a chance de UP em 0,10 vezes, enquanto um aumento de 1 ponto da escala de Braden diminui a chance de ocorrência de UP em 0,54 vezes. Já o uso de neurolépticos/psicotrópicos não está significativamente relacionado como explicação para UP.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Já foi comprovado, por meio de numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, que há um crescente aumento da população idosa em todo o mundo e que esse tem ocasionado, para os órgãos governamentais e para a sociedade, desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional (NETTO, YUASO e KITADAI, 2005).

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. Os principais fatores, considerados predisponentes à institucionalização dos idosos são: doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, hospitalização recente e dependência para realizar atividades da vida diária (CHAIMOWICS E GRECO, 1999).

Associada à esses fatores, temos a nova configuração familiar, em que a mulher está inserida no mercado de trabalho e não está mais tão disponível para a prestação de cuidados aos idosos de sua família. A falta de um cuidador somada às

dificuldades de ordem financeira da maioria das famílias brasileiras, têm gerado obstáculos para a manutenção do idoso em seu lar.

É realidade para muitos idosos brasileiros morarem sozinhos, não terem suporte social satisfatório, além de possuírem baixa renda, o que pode levar ao aumento na demanda dessas pessoas por ILPI.

Geralmente o idoso é institucionalizado quando não consegue realizar AVD de forma independente ou quando está com alguma doença limitante, necessitando de prestação de cuidados de forma mais intensa. Os familiares, os idosos e a sociedade acreditam que o idoso institucionalizado estará melhor assistido.

Em um estudo com o objetivo de discutir a dinâmica da institucionalização de idosos no município de Belo Horizonte, observou-se uma baixa taxa de institucionalização (0,6%), atribuída à pequena proporção de *idosos muito idosos* na população. Porém evidenciou-se uma elevada taxa de ocupação, indicando dificuldade de acesso (CHAIMOWICS E GRECO, 1999).

A maioria dos idosos institucionalizados de uma cidade do interior de Minas Gerais, onde foi realizado este estudo, é do sexo feminino, de raça branca, com média de idade em torno de 77 anos ($\pm 8,5$).

Esses dados são semelhantes ao estudo realizado por Souza (2005), com 94 idosos de quatro instituições de longa permanência do interior de Minas Gerais. A autora constatou um predomínio de mulheres (62,8%), que pode ser justificado pela maior expectativa de vida entre elas, além da raça branca (68,1%), e uma média de idade em torno de 79,1 anos ($\pm 9,59$).

Inouye e Pedrazzani (2007), ao descrever o perfil de 80 octogenários de uma cidade do interior de São Paulo - Brasil, observou que 58 eram mulheres idosas

e 22 eram homens idosos. Em outro estudo brasileiro com o objetivo de identificar as características demográficas, socioeconômicas e a situação de saúde de 98 idosos da área de abrangência de um PSF (Programa de Saúde da Família), constatou-se predomínio da população idosa feminina (62,2%), com média de idade de 69,9 anos ($\pm 6,8$) para as mulheres e 68,8 anos ($\pm 4,8$) para os homens (SOUZA, MORAIS e BARTH, 2006).

Alves (2004) afirma em seu estudo que o número de mulheres idosas é maior que o número de homens em todos os grupos etários e essa diferença torna-se ainda maior com o aumentar da idade (75 anos e mais), em consequência das maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e à maior longevidade feminina.

As mulheres vivem em média cinco a sete anos a mais que os homens. Essa maior longevidade pode ser explicada por diferenças biológicas, como fator protetor exercido pelo hormônio feminino sobre os eventos cardio-circulatórios, principalmente angina do peito e infarto agudo do miocárdio e suas consequências; e a maior exposição dos homens a fatores de risco, como maior consumo de álcool e fumo, com maior exposição a fatores externos de mortalidade. Em relação aos fatores relacionados a acidentes (de trabalho, de trânsito e domésticos), homicídios e suicídios são menos frequentes entre as mulheres. Assim, morrem mais homens por esses fatores (NETTO, YUASO e KITADAI, 2005).

Observou-se em estudo realizado em ILPI de Belo Horizonte (MG), que as mulheres representavam a maioria (81%), e que estas também eram mais velhas que os homens (76,4 x 70,4 anos), além de residirem há mais tempo nestas ILPI (CHAIMOWICS e GRECO, 1999).

Tratando-se de escolaridade, observou-se que a maioria dos idosos é analfabeta, sendo que a porcentagem de mulheres analfabetas é maior que de homens analfabetos. Alves (2004) afirma que os idosos apresentam baixo nível de escolaridade, e esse declina ainda mais com o aumento da idade, sendo essa situação mais frequente nas mulheres, quando comparadas com os homens. Segundo Inouye e Pedrazzani (2007) e Paskulin e Vianna (2007), o alto índice de analfabetismo presente na população idosa, se deve principalmente, à dificuldade de acesso à escola no passado. Essa diferença entre os sexos reflete as menores oportunidades de acesso à escola sofrida pelas mulheres (ALVES, 2004; PASKULIN e VIANNA, 2007), “visto que no passado, a cultura não valorizava a educação escolar para as mulheres que muitas vezes, eram criadas para serem boas esposas, mães e donas-de-casa” (INOUYE e PEDRAZZANI, 2007, p.5).

A maioria dos idosos institucionalizados que compuseram a amostra era solteira, sem filhos, provenientes de domicílio próprio, onde moravam sozinhos e tinham dificuldades para realizar AVD. Pelo fato de não terem condições físicas e até mesmo psicossociais para viverem sozinhos, e por não terem suporte familiar de filhos ou cônjuges, muitos se institucionalizaram. 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 e GRECO, 1999).

Depois que os idosos vão viver em ILPI, por lá permanecem por muito tempo ou até a morte. Como a institucionalização, geralmente, é a última opção para os idosos, a possibilidade de voltarem a viver na comunidade ou com a família é muito pequena.

Entre os idosos institucionalizados, a úlcera por pressão é um agravo muito temido por todos os envolvidos, sejam os cuidadores, os familiares e os próprios idosos. Sabe-se que a UP, além de aumentar os gastos com os cuidados prestados aos idosos e ser motivo de frustração para os cuidadores das instituições, as repercussões na vida do idosos são ainda mais relevantes. Este agravo pode trazer um aumento da morbidade, diminuição da qualidade de vida e, até mesmo, levar à morte.

Neste estudo, observamos que, dos 97 idosos avaliados, 10 possuíam alguma UP, sendo que 3 possuíam uma segunda e mesmo terceira úlcera. A prevalência de UP entre os idosos institucionalizados foi de 10,3%. Entre aqueles em risco (escore de Braden ≤ 18), a taxa de UP foi de 28,57%. As UP foram predominantemente localizadas na região sacral (45%), seguida por aquelas na região trocantérica (19%), sendo que grande parte foi classificada em estágio IV (37%), seguida do estágio III (24%).

Estudo realizado no Canadá, mostrou uma taxa de prevalência de 30% em instituições “*long-term care*” (cuidados de longo prazo) (NPUAP, 2005). Já nos Estados Unidos da América, no mesmo tipo de instituição, estima-se taxas de prevalência de UP entre 2,3 e 28% (DORNER, POSTHAUER e THOMAS, 2009).

No estudo de Faustino (2008), sobre UP e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de fêmur e quadril, atendidos em um Hospital Universitário do interior de São Paulo, houve uma frequência maior de UP em região sacral (42,85%) e em calcâneo (28,57%). Esta frequência pode ser justificada pela posição corporal assumida por estes pacientes na maior parte do tempo durante a hospitalização.

O envelhecimento desencadeia a perda da massa corpórea, a diminuição do nível de albumina sérica, a redução da resposta inflamatória, da coesão entre a epiderme e a derme. Ocorre perda da gordura subcutânea dos braços, pernas e proeminências ósseas, que prejudica a habilidade do tecido em distribuir a carga mecânica sem comprometer a circulação do sangue, favorecendo o surgimento da UP. O idoso, geralmente, convive com outros agravos, como fraturas, acidente vascular cerebral e infecções respiratórias (BERGSTROM, 1994).

Estudos sugerem que os idosos são mais susceptíveis ao desenvolvimento de UP devido às alterações que ocorrem com o envelhecimento, sobretudo na pele. A taxa de UP aumenta com a idade, sobretudo acima de 85 anos, sendo as idosas mais acometidas por UP que os homens (MORALES, 2005; SOUZA, 2005), com diferenças estatísticas significativas entre os sexos (SOUZA, 2005). Estes resultados, relacionados a variável sexo, não foram observados neste estudo, em que a maioria dos idosos com UP é do sexo masculino, sem diferenças significativas entre os sexos. Em relação à idade, observou-se que 50% dos idosos que apresentaram UP tinham 80 anos ou mais, mas, também, não houve diferença estatística significativa na variável idade.

Não houve diferenças estatísticas significativas na variável raça, assim como em outros estudos (SOUZA, 2005; COSTA, 2003). O mesmo aconteceu com a variável tempo de institucionalização (SOUZA, 2005).

A fim de observar a relação entre UP e condições clínicas, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa, corroborando com o estudo de Faustino (2008). Grande número de idosos tinham hipertensão arterial, sendo que as doenças cardiovasculares, doenças neurológicas e doenças psiquiátricas foram as mais frequentes. A Diabetes também foi bastante frequente (20%).

As condições clínicas relacionadas ao desenvolvimento de UP, segundo Margolis et al (2003) são: doença de Alzheimer, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral, diabetes *melittus*, trombose venosa profunda, fratura de colo de fêmur, cirurgia de fêmur, paralisia de membros, edema de membros inferiores, câncer, desnutrição, osteoporose, doença de Parkinson, artrite reumatoide e infecção do trato urinário. A angina, hipertensão e pneumonia foram inversamente associadas ao risco de UP. A propensão do idoso para desenvolver o agravo era aumentada em duas vezes na presença de Doença de Alzheimer, desnutrição, paralisia de membros, doença de Parkinson e artrite reumatoide (MARGOLIS et al, 2003).

Observa-se que muitas das patologias consideradas por Margolis et al (2003) como relacionadas ao desenvolvimento de UP são aquelas classificadas como cardiovasculares e neurológicas, frequentes entre os idosos deste estudo.

Sobre o uso de medicamentos, observou-se que grande número de idosos faziam uso de neurolépticos ou psicotrópicos (80,4%) e anti-hipertensivos (57,7%). Estes resultados corroboram com resultados do estudo de Souza (2005), em que 52,1% dos idosos institucionalizados usavam neurolépticos ou psicotrópicos e 38,3%, anti-hipertensivos. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os idosos com UP e aqueles sem a úlcera em relação aos medicamentos, sabe-se que o uso de neurolépticos ou psicotrópicos pode ocasionar sonolência, com conseqüente diminuição de atividade, mobilidade, ingestão de alimentos, além de contribuir para incontinência urinária. Além disso, o uso destes medicamentos pode diminuir nestes usuários a sensação de necessidade de mudança de posição.

Dentre os idosos institucionalizados, 36% apresentaram risco para o desenvolvimento de UP, sendo que o escore médio da escala de Braden foi de 19,24 (9-23) pontos. Dos 35 idosos que apresentaram algum risco, 28,57% apresentaram UP. Outro estudo desenvolvido em ILPI brasileiras, observou-se uma porcentagem ainda maior (40,34%) de idosos que apresentava algum risco para UP (SOUZA, 2005).

A taxa de risco para o desenvolvimento de UP apresentada pelos idosos institucionalizados (36%) foi um pouco inferior aquela apresentada por idosos hospitalizados. Um estudo desenvolvido no Hospital Nacional *Cayetano Heredia*, no Peru, com os objetivos de avaliar o risco para o desenvolvimento de UP em pacientes idosos hospitalizados usando a Escala de Norton, e relacionar os resultados com as características e problemas geriátricos, evidenciaram que na amostra de 124 idosos, 42,7% apresentavam risco para o desenvolvimento de UP à admissão hospitalar, sendo que 29% desses tinham alto risco (VERÁSTEGUI et al, 2000). Já em outro estudo, realizado na mesma instituição, mostrou que 47% dos 100 idosos estudados foram classificados como de alto risco para o desenvolvimento de UP e desses, 34,04% apresentaram úlcera durante a hospitalização (MORALES, 2005).

Identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UP são fundamentais no manejo e prevenção deste agravo, pois permitem aos profissionais a implementação de medidas apropriadas.

A escala de Braden, baseada nos fatores causais da UP, composta pelas subescalas percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento, tem sido um dos instrumentos mais estudados e utilizados para avaliar risco para o desenvolvimento de UP (WOCN, 2003).

Observou-se, neste estudo, que houve diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas da Escala de Braden para aqueles que apresentaram ou não UP.

No estudo de Costa (2003), as subescalas percepção sensorial, mobilidade, atividade, fricção e cisalhamento revelaram diferenças estatísticas significativas. No estudo de Souza (2005), apresentaram diferenças estatísticas significativas as subescalas umidade, fricção e cisalhamento e nutrição, entre os idosos com presença ou não de UP. No estudo desenvolvido por Serpa (2006), umidade, nutrição e fricção e cisalhamento foram os principais fatores de risco para prever o desenvolvimento de UP.

Todos os pacientes com UP, que fizeram parte da amostra deste estudo, apresentaram algum comprometimento nos domínios mobilidade e atividade. Em relação à umidade, 60% dos idosos foram classificados como muito molhados. Apenas 10% deles não apresentaram problema para fricção e cisalhamento. A nutrição muito pobre ou inadequada esteve presente em 50% dos idosos com UP.

No estudo de Souza (2005), o comprometimento da mobilidade foi o fator de risco mais importante para o desenvolvimento dessas lesões. A autora relacionou os fatores de risco com o desenvolvimento de UP e constataram que a umidade – estar muito molhado – é um fator de risco bastante significativo; a fricção e cisalhamento estavam significativamente presentes; e a nutrição muito pobre ou inadequada esteve presente em 51,3% dos idosos acometidos pelo agravo.

As chances de desenvolver UP entre os indivíduos com nutrição muito pobre e provavelmente inadequada da subescala nutrição de Braden é maior que entre aqueles com nutrição adequada ou excelente (SERPA, 2006).

Encontrou-se diferenças estatísticas significativas entre os idosos com e sem UP quando apresentavam nenhum risco e risco moderado. Aqueles que não apresentaram risco, também não apresentaram UP. Quando o idoso foi classificado como de risco muito elevado, este apresentava UP, sendo que 80% daqueles com UP foram classificados como em risco ou risco moderado. Entre aqueles com risco moderado, 62,5% tiveram UP e quando classificados como de alto risco, 33,33% desenvolveram UP. Serpa (2006) também identificou uma chance maior daqueles com risco moderado e alto para desenvolver UP. Este resultado pode se dar pelo fato daqueles em que o risco é mais evidente ao olhar dos cuidadores, como alto e muito alto, recebem uma atenção maior em relação aos cuidados de prevenção de UP, que aqueles de risco moderado. Ao se utilizar um instrumento de avaliação de risco, verificando o risco e os fatores mais importantes para o desenvolvimento de UP, medidas apropriadas poderão ser implementadas aos idosos que necessitarem, baseadas nos fatores de risco apresentados.

Avaliando o nível de independência para realização de AVD, observou-se que muitos dos idosos (77%) institucionalizados possuíam alguma dependência para AVD, sendo 23% deles independentes. No estudo de Araújo e Ceolim (2007), verificou-se que 37% dos idosos institucionalizados podiam ser considerados independentes para o desempenho das AVD, segundo o Índice de Katz. Nas ILPI de Belo Horizonte, parcela significativa dos idosos institucionalizados era de idosas independentes e homens com menos de 65 anos. A maioria destas instituições não aceitam idosos demenciados ou acamados, e várias recusavam idosos com doenças orgânicas. Ao contrário das instituições locais deste estudo, que não têm esta exigência e recebem, muitas vezes, idosos já nestas condições, o que pode justificar uma prevalência maior de idosos dependentes nestas ILPI.

Todas as variáveis referentes a AVD apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos com úlcera e aqueles sem a UP. Entre os indivíduos com UP, 60% eram dependentes em todas funções (IK=6), sendo que na variável Índice de Katz 6 constatou-se diferença significativa entre os idosos com ou sem UP.

Ao correlacionar as escalas de Katz e Braden, encontrou-se alta correlação entre elas. Na análise de regressão, observou-se que o aumento da dependência para a realização de AVD, está proporcionalmente relacionado ao decréscimo no escore da escala de Braden. Conclui-se que quanto maior o nível de dependência para a realização de AVD, maior o risco para UP.

O resultado encontrado corrobora com o estudo de Faustino (2008), que constatou que o estado de dependência para AVD aumenta o risco para o desenvolvimento de UP.

Quanto ao estado nutricional, todos os idosos foram classificados como bem nutridos pela escala de ANSG. A maioria (88%) dos idosos tinha nível de albumina normal e apenas 12% apresentaram depleção. Apesar das instituições não contarem com nutricionista, observou-se uma grande preocupação dos profissionais das ILPI com a qualidade e frequência da alimentação dos idosos, distribuída em 5 a 6 refeições diárias, incluindo leite, carnes, frutas, verduras, legumes e massas. Os horários das refeições eram muito respeitados, e os idosos já conheciam bem e seguiam rigorosamente a rotina referente a alimentação.

Observou-se, então, que mesmo sendo avaliados como bem nutridos pela ANSG, alguns idosos apresentaram nível de albumina alterado.

O estudo de Sena *et al.* (1999), realizado com o objetivo de avaliar a presença de desnutrição protéico-energética em pacientes hospitalizados, concluiu

que a ANSG não foi capaz de detectar o real comprometimento do estado nutricional de alguns pacientes, visto que ao se considerar as alterações do peso corporal ou da ingestão alimentar os pacientes não demonstravam alterações significativas no momento da avaliação, mas já possuíam uma depleção crônica dos compartimentos corporais decorrente das doença que possuíam.

O estudo de Serpa (2006), desenvolvido com pacientes internados em hospitais privados do município São Paulo, evidenciou uma porcentagem de 18,23% de pacientes desnutridos quando avaliados pela ANSG, sendo que 52,38% do total da amostra apresentaram depleção no nível de albumina. Observa-se que, apesar dos pacientes desta amostra não serem todos idosos, o estado nutricional dos mesmos estava mais comprometido que dos idosos institucionalizados.

Pelo fato de todos os idosos deste estudo serem avaliados como bem nutridos pela ANSG, não foi possível afirmar, assim como no estudo de Serpa (2006), que a desnutrição medida pela ANSG indica, significativamente, maior número de chance para o desenvolvimento de UP, quando comparada a condição de boa nutrição.

Em outro estudo realizado com idosos, observou-se que os valores de albumina sérica não mostraram diferença estatística significativa entre os idosos considerados desnutridos ou não pela ANSG (EK et al, 1996 apud SILVA e BARROS, 2002).

Quanto ao resultado do nível de albumina, este estudo corroborou com o de Serpa (2006), que evidenciou que pacientes com albumina baixa apresentam maior possibilidade de ter UP, quando comparados àqueles com níveis normais ($p < 0,001$; $OR = 3,475$). Encontrou-se diferenças estatísticas significativas entre os idosos com e sem UP quando apresentavam albumina normal e depleção leve,

evidenciando a associação entre nível de albumina e risco para UP. Na avaliação de risco para UP, avaliar a dosagem de albumina sérica é considerada com nível de evidência C, sendo que o baixo nível de albumina pode refletir um estado de doença crônica ao invés de representar o estado nutricional global (WOCN, 2003).

Ao correlacionar as variáveis subescala nutrição de Braden e nível sérico de albumina, encontrou-se baixa correlação entre as variáveis. Na análise por regressão linear, não foi possível afirmar que o decréscimo no escore da subescala nutrição de Braden possui relação com o decréscimo do nível de albumina. Este resultado pode se justificar pela subescala nutrição medir ingestão e não estado nutricional e pelo nível sérico de albumina refletir melhor um estado de doença crônica. O nível sérico de albumina não é uma medida sensível, devido a meia vida longa da mesma (20 dias) (WOCN, 2003), interferindo na detecção de alterações agudas do estado nutricional (ACUÑA e CRUZ, 2004).

A concentração sérica de albumina depende de vários fatores. Dentre estes, a síntese hepática, pois o nível de albumina pode depender da função do hepatócito e da ingestão e absorção de substratos protéicos, encontrando-se diminuída no hipotireoidismo, quando há níveis circulantes excessivos de cortisol durante estresse, e em doença parenquimatosa hepática. Pode haver também perdas anormais de albumina em pacientes com doença renal (síndrome nefrótica), eclâmpsia, enteropatia perdedora de proteína e queimaduras. Quando o indivíduo estiver com catabolismo aumentado, causado por estresse, hipermetabolismo, síndrome de Cushing e algumas neoplasias, poderá ter alteração na concentração sérica de albumina. Nas condições patológicas em que ocorrem trocas alteradas entre os compartimentos, com sequestro para o extravascular (trauma, infecção); e quando houver o volume de distribuição afetado pelo estado de hidratação, também

se pode ter níveis séricos de albumina diminuídos. Por isso, é uma variável muito utilizada para prever prognósticos e complicações, por ser fortemente relacionada com a morbidade (tempo de internação prolongado, cicatrização deficiente de feridas) e mortalidade (ACUÑA e CRUZ, 2004).

Ao avaliar os fatores de risco preditores para o desenvolvimento de UP, utilizando análise de regressão univariada, observou-se que os fatores pontuação da escala de Braden, albumina sérica e uso de neurolépticos/psicotrópicos mostraram significância estatística. Ao realizar análise de regressão multivariada destas variáveis, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre valor de albumina e pontuação na escala de Braden e a existência de UP. Constatou-se que um aumento na albumina sérica de 1mg/dl, diminui a chance de UP em 0,10 vezes, enquanto um aumento de 1 ponto da escala de Braden diminui a chance de ocorrência de UP em 0,54 vezes. Assim, ficou evidenciada a importância da escala de Braden na predição de risco para UP. Já o uso de neurolépticos/psicotrópicos não está significativamente relacionado como explicação para UP.

Ao considerarmos o nível sérico de albumina como preditor para o desenvolvimento de UP, assim como os vários fatores que interferem nesta variável, podemos concluir que o desenvolvimento de UP está relacionado a fatores clínicos importantes que levam a uma piora do estado geral do idoso.

7 CONCLUSÕES

As conclusões permitidas pelo estudo realizado com 97 idosos institucionalizados, residentes em duas ILPI de uma cidade do interior de Minas Gerais, são apresentadas de acordo com os objetivos propostos:

1. Quanto às características sócio-demográficas e clínicas dos idosos, evidenciou-se:

- Predomínio do sexo feminino (59%) no total da amostra, porém observou-se um número maior de homens na instituição B (67%), mostrando uma diferença significativa ($p=0,002$) na variável sexo entre as ILPI.
- Média de idade 77 (61-94) anos, mediana de 76 anos e desvio padrão de 8,5 anos, com diferenças significativas em relação à idade ($p=0,007$) dos idosos entre as ILPI (A: média = 78,4 anos; B: média = 73,3 anos).
- Predomínio de idosos analfabetos (28% homens; 72% mulheres), de cor ou raça branca (67%), solteiros (63%) e sem filhos (68%).
- 49% dos idosos são provenientes de domicílio próprio.
- 30% dos idosos moravam sozinhos e tinham dificuldades para realizar AVD, sendo este o motivo principal da institucionalização.

- O tempo médio de institucionalização é de 70 meses (1–328), com desvio padrão 74 anos, com diferença significativa ($p=0,037$) em relação ao tempo de institucionalização entre as instituições.
- O tabagismo esteve presente em 10,3% dos idosos.
- Hipertensão arterial e diabetes estiveram presentes em 61,9% e 19,6% dos idosos, respectivamente.
- Doenças cardiovasculares (72%), neurológicas (35%) e psiquiátricas (31%) foram as mais frequentes.
- Houve predomínio no uso de neurolépticos/psicotrópicos (80,4%) e anti-hipertensivos (57,7%).
- Apenas 2,1% dos idosos não usavam algum tipo de medicamento.

2. Quanto ao risco para UP, o nível de independência funcional e o estado nutricional apresentado pelos idosos institucionalizados, evidenciou-se:

- O escore médio da escala de Braden foi de 19,24 (9 – 24) pontos, sendo que 36% dos idosos apresentaram escore de Braden ≤ 18 .
- 23% dos idosos eram independentes nas 6 funções (IK=0) e 77% possuíam alguma dependência para AVD (IK=1, 2, 3, 4, 5 ou 6).
- Todos os idosos foram classificados como bem nutridos pela escala de ANSG.
- A maioria (88%) dos idosos tinha nível de albumina normal.

3. Quanto a prevalência e características das UP apresentadas pelos idosos, evidenciou-se:

- Não houve diferenças estaticamente significativas em relação à presença de UP nos idosos ($p= 0,559$) entre as instituições A e B.
- 10 idosos (10,3%) possuíam alguma UP, sendo que 3 possuíam uma segunda e mesmo terceira úlcera. A média de UP por paciente foi 1,6.
- Entre os idosos que apresentaram escore de Braden ≤ 18 , 28,57% apresentaram UP.
- Predomínio de UP localizadas na região sacral (45%) e na região trocantérica (19%).
- Predomínio de UP em estágio IV (37%) e em estágio III (24%).

4. Quanto a relação existente entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas, classificação de risco para o desenvolvimento de UP, nível de independência e avaliação nutricional com a presença ou não de UP, constatou-se:

- Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os indivíduos com UP e aqueles sem a úlcera nas variáveis sócio-demográficas, exceto para grau de instrução ($p=0,001$).

- Não houve diferença estatisticamente significativa entre os idosos com UP e aqueles sem a úlcera nas variáveis clínicas e em relação aos medicamentos em uso ($p>0,05$).
- Todas as variáveis referentes às AVD, pela Escala de Katz, apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os idosos com úlcera e aqueles sem a UP ($p<0,05$).
- Apenas a variável Índice de Katz 6 (dependente em todas as funções) mostrou diferença significativa entre os idosos com ou sem UP ($p=0$).
- Houve diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) em todas as subescalas da Escala de Braden.
- Houve diferenças estatísticas significativas entre os idosos com e sem UP quando apresentavam nenhum risco e risco moderado para o desenvolvimento de UP, segundo a escala de Braden.
- Houve diferenças estatísticas significativas entre os idosos com e sem UP quando apresentavam albumina normal ($p<0,002$) e depleção leve ($p<0,009$).

5. Quanto a associação estatística entre o nível de independência funcional, avaliado pela escala de Katz, e o risco de desenvolvimento de UP determinado pela escala de Braden, constatou-se:

- Houve alta correlação entre as variáveis Categorias da Escala de Katz e Pontuação da Escala de Braden (coeficiente de correlação = 0,839; $p<0,05$).
- Quanto maior o nível de dependência para a realização das atividades de vida diária, maior o risco para UP.

6. Quanto a associação estatística entre a subescala nutrição de Braden, a avaliação nutricional subjetiva global e o nível sérico de albumina, evidenciou-se:

- Como todos os idosos foram classificados como bem nutridos pela ANSG, a correlação entre esta variável e a variável nível sérico de albumina não permitiria uma análise representativa.
- Houve baixa correlação entre as variáveis subescala nutrição de Braden e nível sérico de albumina (coeficiente de correlação = 0,277; $p < 0,05$).
- Independentemente do comportamento da variável explicativa subescala nutrição, a variável resposta nível sérico de albumina tem comportamento não regular.

7. Quanto a análise dos fatores preditivos para o desenvolvimento de UP, constatou-se:

- Houve alta correlação entre as variáveis de risco para UP e dependência para AVD.
- Pelo modelo de regressão logística univariada, observou-se que os fatores pontuação da escala de Braden ($p=0$), albumina sérica ($p=0,001$) e uso de neurolépticos/psicotrópicos ($p=0,093$) mostraram significância estatística.
- Pelo modelo de regressão logística multivariada, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre duas variáveis, valor de albumina e pontuação

na escala de Braden, e ocorrência de UP, uma vez que se obteve um valor $p \leq 0,05$ no teste de hipótese.

- O aumento na albumina sérica de 1 mg/dl, diminui a chance de UP em 0,10 vezes.
- Um aumento de 1 ponto da escala de Braden diminui a chance de ocorrência de UP em 0,54 vezes.
- O uso de neurolépticos/psicotrópicos não está significativamente relacionado como explicação para UP.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional tem trazido preocupação para os profissionais enfermeiros com relação ao planejamento e implementação de cuidados que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos. Esta preocupação tem gerado um incentivo para estudos que caracterizem melhor este grupo e discutam intervenções de enfermagem que se apliquem a essa população.

Os idosos que estão institucionalizados trazem uma preocupação ainda maior, pela fragilidade social, psicológica e física em que podem se encontrar. Percebe-se que estes idosos demandam, progressivamente, cuidados de enfermagem mais qualificados, justificados pelo nível de dependência, patologias instaladas, número de medicamentos utilizados e riscos de complicações apresentadas. Por outro lado, muitas ILPI não estão preparadas para oferecer um cuidado adequado, sobretudo no que diz respeito a estrutura física e qualificação de pessoal que presta os cuidados, muitas vezes leigos e despreparados. Assim, faz-se necessária a implementação de políticas públicas direcionadas aos cuidados com os idosos institucionalizados, a fim de garantir uma atenção adequada, segura, ética e com qualidade à esta população.

A presença de idosos com UP nestas instituições é frequente. Porém, em geral, não existe plano de intervenções visando a prevenção de UP, além de não possuírem profissionais de enfermagem capacitados. O enfermeiro, em conjunto com outros profissionais que prestam assistência a essa população, tem a responsabilidade de oferecer um cuidado integral, implementar medidas preventivas,

a fim de diminuir a incidência deste agravo, assim como contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses idosos.

Os resultados da avaliação dos idosos institucionalizados permitiram caracterizar essa população e identificar os fatores ou as condições que os colocam em risco para o desenvolvimento de UP.

Os idosos apresentam várias alterações orgânicas decorrentes do processo de envelhecimento que dificultam a manutenção da integridade da pele. Essas alterações, somadas às condições patológicas, representam uma associação de vários fatores de risco que os tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de UP. Estas condições e fatores influenciam na percepção sensorial, mobilidade, atividade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, e outros, o que aumenta a sua propensão ao desenvolvimento dessas lesões.

Uma condição importante e frequente entre estes idosos é a dependência para a realização de AVD. Grande parte dos idosos institucionalizados demanda ajuda para tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, se transferir de um lugar a outro e se alimentar, além de muitos terem incontinência urinária e/ou anal.

Evidenciou-se que quanto maior o nível de dependência para a realização das AVD, maior a vulnerabilidade do idoso à formação de UP. De acordo com a escala de Braden, um número considerável de idosos encontrava-se em risco para o desenvolvimento de UP.

A pontuação na escala de Braden e o nível sérico de albumina foram as variáveis mais importantes relacionadas ao desenvolvimento de UP.

Assim como demonstrado em outros estudos, ficou evidenciada a importância da predição de risco para UP apresentada pela escala de Braden. Este instrumento de avaliação é uma ferramenta que norteia as ações de enfermagem,

permitindo identificar os indivíduos em risco, que necessitam de medidas preventivas e reconhecendo os fatores específicos que os colocam nesta situação, dando subsídios para análise e determinação das intervenções.

O nível sérico de albumina é outro fator importante na gênese da UP. Este parâmetro também é um indicativo de várias condições patológicas apresentadas pelo indivíduo, que podem estar diretamente relacionadas ao risco para o desenvolvimento de UP.

No entanto, apesar da detecção de fatores de riscos físicos para o desenvolvimento de UP, observou-se que as causas podem ir muito além das condições orgânicas. As condições psicossociais, possivelmente, também devem ser consideradas na avaliação, uma vez que é conhecida a existência de relação entre fatores psicossociais e orgânicos. A falta de suporte familiar, o isolamento social e a falta de privacidade, presentes na condição de institucionalizado, podem ocasionar sofrimentos, gerando uma piora do estado geral do idoso.

Dessa forma, os profissionais responsáveis pela assistência prestada a essa população devem estar orientados sobre a importância de se prestar um cuidado integral e interdisciplinar, a fim de melhorar a qualidade de vida do idoso.

Vale ressaltar ainda a importância da realização de mais estudos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de UP na população idosa institucionalizada, uma vez que os estudos encontrados são escassos. Além disso, a investigação da condição psicossocial destes idosos merece atenção, a fim de verificar a sua relação com as condições orgânicas e o desenvolvimento de UP.

9 REFERÊNCIAS

- ACUÑA, K. e CRUZ, T. Avaliação nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab.** Salvador, v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, U.S. Department of Health and Human Services. **Pressure ulcers in adults: Prediction and Prevention.** 1992, n.92-0047.
- ALVES, L.C. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. **XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, Caxambu (MG), 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_467.pdf>. Acesso em: 09/10/2009.
- 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, p378-385, 2007.
- 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. Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline Number 15, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. **Publication n°ordm.** p. 95-0652, 1994.
- 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.
- 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.2007.

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Censo Demográfico 2000: características gerais da população**. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo/> Acesso em 07 out.2007.
- 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, **Lei 10.741-01 Out. 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. In: Estatuto do Idoso. Brasília, 2006, 2º Ed. 68 p.
- BORGES, E.L. et al. **Feridas: como tratar**. 2º Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 246 p. Cap.4: Fatores Intervenientes no Processo de Cicatrização, p. 45- 53.
- CALIRI, M.H.L., **Úlceras de pressão**. Última Atualização em 12/03/2001. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera/>. Acesso em 05/08/2007
- 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.
- CORDEIRO, R.G; MOREIRA,E.A.M. Avaliação Nutricional Subjetiva Global do idoso hospitalizado. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 18, p. 106 -112, 2003.
- COSTA, E.F.A.; MONEGO, E.T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez 2003 on line (www.proec.ufg.br) Disponível em <<http://www.sbgg.org.br/profissional/artigos/avaliacao.asp>> Acesso em 28 jul. 2007.
- COSTA, I.G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. Ribeirão Preto, 2003, 150p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- COSTA, M.P. et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **ACTA ORTOP BRÁS**, São Paulo, v.13, n.3, p.124-133, 2005.
- CUDDIGAN, J., AYELLO, E.A., SUSSMAN, C., BARANOSKI, S. **Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future**. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2001 apud DORNER, B.,

- POSTHAUER, M.E., THOMAS, D. The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment. National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. **NPUAP: Nutrition White Paper 1**, 2009, 15p. Disponível em <www.npuap.org>.
- DETSKY, A.S.; McLAUGHLIN, J.R.; BACKER, J.P.; et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? **Journal Of Parenteral and Enteral Nutrition**, v.11, p.8-13, 1987.
 - DORNER, B., POSTHAUER, M.E., THOMAS, D. The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment. National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. **NPUAP: Nutrition White Paper 1**, 2009, 15p.
 - 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.
 - DUARTE, Y.A.O. O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**, São Paulo, 2001. p185-196.
 - EK A-C, U.M., LARSSON, J., GANOWIAK, W., BJURULF, P. Interrater variability and validity in subjective global assessment of elderly patients. *Scan J Caring Sci* 1996;10:163-8 apud SILVA, M.C.G.B, BARROS, A.J.D. Avaliação Nutricional Subjetiva. Parte1 – Revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arq Gastroenterol**. v. 39, n.3 jul./set., p 181-187, 2002.
 - FAUSTINO, A.M. **Úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e de fêmur**. Ribeirão Preto, 2008, 131p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
 - GIARETTA, V.M.A. **Determinação do tempo médio de aparecimento de sinais iniciais de UP em idosos sadios na posição supina em colchão hospitalar**. São José dos Campos UNIVAP, 2002, 102p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Engenharia Biomédica do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba.
 - GOMES, F.S.L., MAGALHÃES, M.B.B. Úlcera por pressão. In: BORGES, E.L. et al. **Feridas: como tratar**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap.11, p. 189-223.

- GOULART, E.M.A. **Metodologia e Informática na Pesquisa Médica**. Belo Horizonte, 1999. 161p.
- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Visão geral da circulação; a física médica da pressão, fluxo e resistência. In: ____ **Tratado de fisiologia médica**. 10 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.14, p.135-143.
- HESS, C.T. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 226p.
- INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S. Nível de instrução socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, n. 15 (especial), 7 p. , setembro/outubro 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rsp/v41n5/5764.pdf>>. Acesso em: 09/10/2009.
- LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S.T.R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.24, N.1, P.103-112, jan, 2008.
- LISBOA, C.R. **Fatores de risco para o desenvolvimento de UP na população idosa: revisão de literatura**. Belo Horizonte: 2008. 29p. Monografia (Especialização em Enfermagem Hospitalar – Estomaterapia) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P.M. **Nutrição na terceira idade**. São Paulo, SARVIER, 2005.
- MARGOLIS, D.J.; KNAUSS, J.; BILKER, W.; BAUMGARTEN. Medical conditions as risk factors for pressure ulcers in an outpatient setting. **Age and Ageing**: v. 32, n. 3, p. 259-264, 2003.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p.
- MORALES, F.Y.I. **Relación entre riesgo e incidencia de úlcera por presión em el adulto mayor hospitalizado em el servicio de medicina del hospital medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia**. Lima: 2005. 66p. Monografia – Universidad Nacional Mayor de San Marcos

- MOREIRA, M.M. **Envelhecimento da População Brasileira**. Belo Horizonte: 1997.149p. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP. **Pressure Ulcer Staging Illustrations**. 2009b. Disponível em <www.npuap.org>. Acesso em: 19/12/2009.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide, 2009a. Disponível em <www.npuap.org>. Acesso em: 01/12/2009.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP. **Update Staging System: Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP**, 2007. Disponível em <www.npuap.org>.
- NETTO, M.P.; YUASO, D.R.; KITADAI, F.T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 594-607, outubro./dezembro 2005.
- 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.
- PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 41, n. 5, p. 757-68, maio, 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rsp/v41n5/5764.pdf>>. Acesso em: 09/10/2009.
- PAULA, H.A.A. et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. **Rev Bras Nutr Clin**. v. 22, n. 4, p. 280-285, 2007.
- POLIT, D.F., BECK, C.T. e HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.
- RABEH, S.A.N. **Úlcera de pressão**: a clarificação de conceitos e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. Ribeirão Preto: 2001.195p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

- 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. Disponível em <http://www.eicos.psychology.ufrj.br/programaeicos/bancoteses/arqteses/eloisaadler.pdf>. Acesso em 27 jul.2007.
- SENA, F.G., TADDEO, E.F. et al. Estado nutricional de pacientes internados em enfermaria de gastroenterologia. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n.3: 233-239, set./dez., 1999.
- 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, M.C.G.B. Avaliação Subjetiva Global. In: WAITZBERG, D.L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3º Ed.São Paulo: Editora Atheneu, 2006. Cap.15, p.241-253.
- SILVA, M.C.G.B. Utilização da avaliação nutricional subjetiva e bioimpedância como fatores prognósticos para complicações pós-operatórias em cirurgia do aparelho digestivo. Pelotas, 2002, 214 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pelotas.
- SILVA, R. C.; FIGUEIREDO, N. M. A; MEIRELES, I. B. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: Yendis Editora, 2007. 424p.
- 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, L.M.; MORAIS, E.P.; BARTH, Q.C.M.. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p.79-85 , novembro/dezembro 2006. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a11.pdf. Acesso em: 09/10/2009.

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

- WOUND, OSTOMY and CONTINENCE NURSES SOCIETY – WOCNS. **Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers**. 2003. 52p.

- YAMAUT, A.K.; OCHIAI, M.O.; BIFULCO, P.S. et al. Avaliação Nutricional Subjetiva Global em Pacientes Cardiopatas. **Arq. Bras.Cardiol.**, São Paulo, v. 86, n.6, p. 772-777. 2006.

10 ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I

ESCALA DE BRADEN*

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

* Adaptada por Paranhos e Santos (1999)

ANEXO II

ESCALA DE KATZ*

Ficha de avaliação: para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

Área de funcionamento	Independente (I) / Dependente(D)
<p><i>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</i></p> <p><input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho</p>	<p>I</p> <p>I</p> <p>D</p>
<p><i>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</i></p> <p><input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	<p>I</p> <p>I</p> <p>D</p>
<p><i>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</i></p> <p><input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p><input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>I</p> <p>D</p> <p>D</p>
<p><i>Transferência</i></p> <p><input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p><input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> não sai da cama</p>	<p>I</p> <p>D</p> <p>D</p>
<p><i>Continência</i></p> <p><input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p><input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	<p>I</p> <p>D</p> <p>D</p>
<p><i>Alimentação</i></p> <p><input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos</p>	<p>I</p> <p>I</p> <p>D</p>

*Adaptada por Lino et al (2008)

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO III

Questionário da Avaliação Nutricional Subjetiva Global

A) Anamnese**1) Peso corpóreo**

- (1) Mudou nos últimos 6 meses
 () sim () não
 (1) Continua perdendo atualmente
 () sim () não
 Peso atual _____ kg
 Peso habitual _____ kg
 Perda de peso (PP) _____ %
 Se > 10% (2) ()
 Se < 10% (1) ()
 Total parcial de pontos _____

2) Dieta

- (1) Mudança de dieta () sim () não
 A mudança foi para:
 (1) () dieta hipocalórica
 (2) () dieta pastosa hipocalórica
 (2) () dieta líquida >15 dias ou solução
 de infusão intravenosa > 5 dias
 (3) () jejum > 5 dias
 (2) () mudança persistente > 30 dias
 Total parcial de pontos _____

3) Sintomas gastrointestinais (persistem por mais de duas semanas)

- (1) () disfagia e/ou odinofagia
 (1) () náuseas
 (1) () vômitos
 (1) () diarreia
 (2) () anorexia, distensão abdominal,
 dor abdominal
 Total parcial de pontos _____

4) Capacidade funcional física (por mais de 2 semanas)

- (1) () abaixo do normal
 (2) () acamado
 Total parcial de pontos _____

5) Diagnóstico

- (1) () baixo estresse
 (2) () moderado estresse
 (3) () alto estresse
 Total parcial de pontos _____

B) Exame físico

- (0) Normal
 (+ 1) leve ou moderadamente depletado
 (+ 2) gravemente depletado
 () perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax)
 () músculo estriado
 () edema sacral
 () ascite
 () edema tornozelo
 Total parcial de pontos _____

Somatória total de pontos _____

C) Categoria da ANSG

- () bem nutrido < 17 pontos
 () desnutrido moderado $17 \leq 22$ pontos
 () desnutrido grave > 22 pontos

ANEXO IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 267/09

Interessado(a): Profa. Tânia Couto Machado Chianca
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de agosto de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE I

Instrumento para identificação do idoso	
Nome: _____	Data da Avaliação: ___/___/___
1) Sexo () Feminino () Masculino 2) Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos	
3) Grau de instrução (BRASIL,2002): () Analfabeto(a) () Alfabetizado(a) () Nível Fundamental () Nível médio () Nível superior	
3) Cor ou raça (BRASIL,2002): () Branca () Preta () Amarela () Indígena () Parda () Sem declaração	
4) Estado civil (BRASIL,2002): () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Amasiado(a) () Divorciado(a)	
5) Número de filhos: _____	6) Idade dos filhos: _____
7) Sexo dos Filhos: _____ Feminino _____ Masculino	
8) Local de procedência: _____	
9) Tempo de Institucionalização: _____ anos	
10) Motivo principal da Institucionalização: _____	
11) Possui UP: () Sim () Não Quantas: _____	
Localização: _____	Classificação: _____
12) Tabagismo: () Sim () Não	
13) Doenças de Base: _____	
14) Medicamentos de uso contínuo: _____	

APÊNDICE II

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Título do estudo: Risco para o desenvolvimento de UP em idosos de instituições de longa permanência no município de Itaúna-MG

Itaúna, de _____ de 2008.

Prezado(a) _____
Presidente da Instituição _____

Várias alterações que ocorrem no organismo com o envelhecimento podem predispor o idoso a apresentar úlceras por pressão. Identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UP, permite aos profissionais a implementação de medidas preventivas desse agravo. Assim, poderão oferecer uma melhor assistência ao idoso, tendo em vista, sobretudo, a manutenção da integridade da pele, promoção de saúde e favorecendo uma melhor qualidade de vida a essa população.

Essa pesquisa tem como objetivo verificar o risco de desenvolver UP apresentado pelos idosos que residem em instituições de longa permanência no município de Itaúna-MG.

Para participar deste estudo, cada idoso será convidado e receberá orientações sobre a pesquisa. Aqueles que concordarem em participar, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconiza a resolução N^o196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Aqueles que não tiverem condições cognitivas e físicas para tal, terão seus responsáveis contactados para assinarem a autorização. A avaliação será feita utilizando-se de entrevista e exame físico geral, que serão realizados por enfermeiros treinados especificamente para este estudo.

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação dos idosos e da instituição será mantida como informação sigilosa.

A realização do estudo na instituição não trará nenhuma despesa adicional, por outro lado, também não trará nenhum benefício financeiro.

Esta pesquisa não trará nenhum risco para os idosos e tem como benefícios trazer informações que subsidiarão o planejamento de medidas preventivas de UP, além de propiciar alocação de recursos que visem a melhoria de qualidade de vida desses idosos.

Em caso de dúvida, pode-se comunicar com Cristiane Rabelo Lisboa ou Tânia Couto Machado Chianca, coordenadora deste projeto na Escola de Enfermagem da UFMG, na Avenida Alfredo Balena, n^o 190 – Santa Efigênia – Belo Horizonte/MG. Telefone: (31) 34099887 / (31) 32974905 ou no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone: (31) 34094592.

Agradecendo a sua colaboração, solicitamos a declaração de sua autorização para que a pesquisa possa ser realizada na instituição que preside.

Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Rua Júlia Nunes Guerra, 197, apto 701
Luxemburgo. BH – MG.(31) 3297-4905

Enfermeira Cristiane Rabelo Lisboa
Rua Hermílio Alves, 235/apto202B, Santa Tereza. 31010-
070. BH MG. (31) 8511-0241

Consentimento:

Declaro que, após receber os esclarecimentos sobre o estudo, autorizo que este possa ser realizado na Instituição.....

Assinatura do Presidente da Instituição

APÊNDICE III

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS DA PESQUISA
(De acordo com o item IV da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre
Pesquisa envolvendo seres humanos)**

TÍTULO DO ESTUDO: RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UP EM IDOSOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE MUNICÍPIO DE ITAÚNA-MG.

Itaúna, ___de_____de 2009.

Prezado(a) Sr.(a) _____

Eu, Cristiane Rabelo Lisboa, sou enfermeira, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, e sou orientada pela professora Dra. Tânia C. Machado Chianca.

Estamos realizando uma pesquisa sobre UP, que tem como objetivo verificar o risco que os idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Itaúna-MG apresentam para desenvolver este tipo de lesão.

Os idosos podem apresentar vários fatores que os colocam em risco para desenvolver UP. Identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UP, permite aos profissionais utilizarem medidas direcionadas para a prevenção deste problema, e assim, oferecer uma melhor assistência ao idoso e favorecer uma melhor qualidade de vida a essa população.

Vimos por meio desta, convidá-lo(a) a participar deste estudo. Para realizar este trabalho, nós e enfermeiras treinadas para este estudo, faremos uma entrevista com o(a) senhor(a), coletaremos dados de seu prontuário e faremos um exame físico geral. Também será realizada coleta de sangue para avaliação do nível de albumina a fim de avaliar seu estado nutricional.

A coleta de sangue será feita dentro da própria instituição, por profissionais do laboratório contratado, que utilizarão seringa e agulha descartáveis. Farão uma limpeza da pele, no local da coleta, com algodão umedecido em álcool 70% antes de introduzir a agulha. Todas as normas de segurança serão obedecidas a fim de evitar possíveis complicações.

Esta pesquisa tem como benefício trazer informações que ajudarão a planejar ações preventivas contra a UP.

O senhor terá total liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa, e se aceitar, poderá se retirar a qualquer momento, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo, pois sua participação é voluntária. Sua participação não trará nenhuma despesa adicional, por outro lado, também não trará nenhum benefício financeiro.

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

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

Em caso de dúvida, comunicar com as pesquisadoras responsáveis ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

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

Atenciosamente,

Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Rua: Júlia Nunes Guerra, 197, apto 701
Luxemburgo. BH – MG. (31) 32974905

Enfermeira Cristiane Rabelo Lisboa
Rua: Hermílio Alves235/apto 202B, Santa Tereza. 31010-
070. BH MG. (31) 8511-0241

CONSENTIMENTO: Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Eu li este formulário e recebi as instruções necessárias.

Assinatura do voluntário

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG. 34094592.

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS RESPONSÁVEIS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA (De acordo com o item IV da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

TÍTULO DO ESTUDO: RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UP EM IDOSOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE MUNICÍPIO DE ITAÚNA-MG.

Itaúna, ___de_____de 2009.

Prezado(a) Sr.(a) _____

Eu, Cristiane Rabelo Lisboa, sou enfermeira, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, e sou orientada pela professora Dra. Tânia C. Machado Chianca.

Estamos realizando uma pesquisa sobre UP, que tem como objetivo verificar o risco que os idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Itaúna-MG apresentam para desenvolver este tipo de lesão.

Os idosos podem apresentar vários fatores que os colocam em risco para desenvolver UP. Identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UP, permite aos profissionais utilizarem medidas direcionadas para a prevenção deste problema, e assim, oferecer uma melhor assistência ao idoso e favorecer uma melhor qualidade de vida a essa população.

Vimos por meio desta, solicitar seu consentimento para que o(a) paciente Senhor(a) _____ possa participar deste

estudo. Para realizar este trabalho, nós e enfermeiras treinadas para este estudo, faremos uma entrevista com o(a) paciente, coletaremos dados do prontuário e faremos um exame físico geral. Também será realizada coleta de sangue para avaliação do nível de albumina, a fim de avaliar o estado nutricional.

A coleta de sangue será feita dentro da própria instituição, por profissionais do laboratório contratado, que utilizarão seringa e agulha descartáveis. Farão uma limpeza da pele, no local da coleta, com algodão umedecido em álcool 70% antes de introduzir a agulha. Todas as normas de segurança serão obedecidas a fim de evitar possíveis complicações.

Esta pesquisa tem como benefício trazer informações que ajudarão a planejar ações preventivas contra a UP.

O senhor terá total liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa, e se aceitar, poderá se retirar a qualquer momento, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo, pois sua participação é voluntária. Sua participação não trará nenhuma despesa adicional, por outro lado, também não trará nenhum benefício financeiro.

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Após seu consentimento, uma cópia deste termo ficará com o(a) senhor(a) e a outra com as pesquisadoras.

Em caso de dúvida, comunicar com as pesquisadoras responsáveis ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG^{II}.

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

Atenciosamente,

Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Rua: Júlia Nunes Guerra, 197, apto 701
Luxemburgo. BH – MG. (31) 32974905
CONSENTIMENTO: Sei que a participação do(a)

Enfermeira Cristiane Rabelo Lisboa
Rua: Hermílio Alves235/apto 202B, Santa Tereza.
31010-070. BH MG. (31) 8511-0241

Senhor(a) _____ é totalmente voluntária e que poderá recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Todas as informações serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Eu li este formulário e recebi as instruções necessárias.

Assinatura do voluntário

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG. 34094592.