



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA
Daniela Ribeiro de Araújo
Pâmela Maria de Souza Bastos

**PROBABILIDADE DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS
DE PRESSÃO EM RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA DA CIDADE DE
PINDAMONHANGABA – SP**

Pindamonhangaba – SP
2009



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA
Daniela Ribeiro de Araújo
Pâmela Maria de Souza Bastos

**PROBABILIDADE DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS
DE PRESSÃO EM RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA DA CIDADE DE
PINDAMONHANGABA – SP**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para
obtenção do Diploma de Bacharel pelo Curso de
Fisioterapia da Faculdade de Pindamonhangaba.
Orientador: Prof. MSc. Tiago da Silva Alexandre

Pindamonhangaba – SP
2009



**DANIELA RIBEIRO DE ARAÚJO
PÂMELA MARIA DE SOUZA BASTOS**

**PROBABILIDADE DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM
RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DA CIDADE DE
PINDAMONHANGABA – SP**

Monografia apresentada como parte dos
requisitos para obtenção do Diploma de
Bacharel pelo Curso de Fisioterapia da
Faculdade de Pindamonhangaba

Data _____

Resultado _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba.

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba.

Assinatura _____

Prof. _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia aos meus pais, Jânio e Elizabeth, que são pessoas mais do que importantes e especiais na minha vida. Sem eles não seria quem sou hoje! Além dos meus irmãos, meu afilhado, sobrinho e namorado que eternamente estarão no meu coração. Aos amigos, que também sempre me deram força e nunca me deixaram desistir.

Daniela Ribeiro de Araújo

Dedico esta monografia a memória do meu pai Durvalino, que tenho certeza que sempre estará olhando por mim. À minha mãe Sofia, sem a qual não teria conseguido chegar até aqui. Às minhas irmãs, meus avós, tios e tias, namorado e também meus amigos que sempre batalharam junto comigo me dando forças para continuar.

Pâmela Maria de Souza Bastos

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente à Deus, que nos guia pelo melhor caminho para que possamos viver sempre da melhor maneira possível, buscando conhecimentos e aprendendo cada vez mais com nossa própria vida.

Expressamos também nossos sinceros agradecimentos a Faculdade de Pindamonhangaba, incluindo todos os seus funcionários que sempre trabalharam para o ótimo funcionamento da instituição durante todo o nosso curso, a todos os professores do curso de Fisioterapia, principalmente, ao nosso orientador Prof. MSc. Tiago da Silva Alexandre e em especial a Prof^a. Dra. Deise Aparecida de Almeida Pires de Oliveira sem a qual não teria sido possível a realização desse trabalho.

E á todos os nossos familiares e amigos que de alguma maneira colaboraram para a nossa formação.

RESUMO

A presença de Úlcera de Pressão (UP) tem sido considerada um indicador de qualidade da assistência nos serviços de saúde, principalmente, quando se trata de indivíduos com dificuldades de locomoção ou restrições de movimento. As UP afetam milhões de pacientes, porém, cerca de 95% das UP são evitáveis. Entende-se como medida preventiva de UP, a importância da utilização de escalas preditivas, tal como a de Braden. O objetivo do presente estudo foi analisar a probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão em residentes de Instituições de Longa Permanência da cidade de Pindamonhangaba - SP. A amostra foi composta por 40 indivíduos cadeirantes ou acamados com idade entre 43 e 97 anos, de ambos os sexos, residentes em duas instituições de longa permanência da cidade de Pindamonhangaba – SP (A e B). Foi aplicado um questionário complementar contendo dados sócio-demográficos e a Escala Padronizada de Braden, que avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Na instituição A, dos 23 indivíduos analisados, 52,17% eram do sexo feminino, com média etária de 68.47 ± 13.19 anos. Desses, 11 indivíduos eram cadeirantes e 12 eram acamados. A média de pontuação na Escala Padronizada de Braden foi de 9.0 pontos. Na instituição B, dos 17 indivíduos analisados, 76.47% eram do sexo masculino, com média etária de 78 ± 8.68 anos. Desses, 12 eram cadeirantes e 5 acamados. A média de pontuação na Escala Padronizada de Braden foi de 8,4 pontos. Na instituição A, 86,96% dos indivíduos analisados apresentavam alto risco de desenvolver úlcera de pressão, enquanto na instituição B esse valor foi de 82,35%. Conclui-se que é alto o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em indivíduos acamados ou cadeirantes em instituições de longa permanência.

Palavras-chave: Idosos. Úlceras de pressão. Instituições de longa permanência.

ABSTRACT

The presence of pressure ulcer (UP) has been considered an indicator of quality of care in health services, particularly when it comes to individuals with difficulties of transportation or entry restrictions. The UP affect millions of patients, however, about 95% of UP are avoidable. It is understood as a preventive measure up, the importance of the use of forward-looking scales, such as Braden gave.

The goal of this study was to examine the likely development of pressure ulcers in long institutions residents of the city of Pindamonhangaba-SP. The sample was composed of 40 individuals cadeirantes or bedsores aged between 43 and 97 years for both sexes residents in two long-term institutions of the city of Pindamonhangaba – SP (a and b). Supplementary was applied a questionnaire containing socio-demographic data and standardized Braden gave scale, which assesses the risk of development of pressure ulcers.

In the institution of the 23 individuals analysed, 52,17% were women, with the average age of 68.47 ± 13.19 years. Of these, 17 individuals were cadeirantes and 12 were bedsores. The average score standardized Braden gave scale was 9.0 points. In the institution (b), of the 17 individuals reviewed 76.47 percent were males, with average age of 78 ± 8.68 years. Of these, 12 were cadeirantes and 5 bedsores. The average score standardized Braden gave scale was 8.4 points.

In the institution with 86,96% of individuals examined had a high risk of developing pressure ulcer, while the institution (b) this value was 82.35%. It is concluded that is high risk of developing ulcers pressure individuals bedsores or cadeirantes long-term institutions.

Keywords: elderly. Pressure ulcers. Long-term institutions.

LISTA DE FIGURAS

		Pág
Figura 1	Possíveis localizações das úlceras de pressão	15
Figura 2	Pontos de maior proeminência óssea	16
Figura 3	Localizações das úlceras de pressão de acordo com o posicionamento	17
Figura 4	Estágio I da úlcera de pressão	18
Figura 5	Estagio II da úlcera de pressão	18
Figura 6	Estagio III da úlcera de pressão	19
Figura 7	Estagio IV da úlcera de pressão	19

LISTA DE TABELAS

		Pág
Tabela 1	Número de homens e mulheres nas Instituições A e B	24
Tabela 2	Média de idade das pessoas avaliadas nas Instituições A e B	24
Tabela 3	Valor de Braden encontrado nas Instituições A e B	25
Tabela 4	Risco para desenvolvimento de Úlceras de Pressão das pessoas avaliadas nas Instituições A e B	26

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Úlceras de Pressão.....	11
2.2 Prevalência, incidência e complicações relacionadas a úlceras de pressão.....	12
2.3 A Pele.....	13
2.4 Localização das Úlceras de Pressão.....	14
2.5 Estágios das Úlceras de Pressão.....	18
2.6 Tratamento das Úlceras de Pressão.....	19
2.7 instituições de Longa Permanência.....	20
3 MÉTODO.....	22
3.1 Delineamento do Estudo.....	22
3.2 Casuística.....	22
3.3 Materiais.....	22
3.4 Procedimentos.....	22
4 RESULTADOS.....	24
5 DISCUSSÃO.....	27
6 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	32
APÊNDICE B - Investigação dos Fatores de Risco para Úlcera de Pressão.....	33
ANEXO A - Escala de Braden.....	34
ANEXO B - Certificado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	35

1 INTRODUÇÃO

As Úlceras de Pressão (UP) são como “uma área de lesão localizada da pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores” (LOURO et al., 2007).

O desenvolvimento de UP, freqüentemente, é associado à má qualidade da assistência à saúde e exige uma grande demanda de tempo e dinheiro para tratamento das lesões, principalmente, quando a prevenção recebe menos atenção ou quando não existem programas específicos voltados para esse problema (BARROS; ROCHA, 2007).

A presença de UP tem sido considerada um indicador de qualidade da assistência nos serviços de saúde, principalmente, quando se trata de pacientes hospitalizados, com dificuldades de locomoção ou restrições de movimento em que o risco de UP é acentuado, ou seja, o aparecimento das UP está ligado à falhas no processo de cuidar, em razão de existir, na atualidade, inúmeras medidas preventivas para o problema (FERREIRA et al., 2007).

Atualmente, há em torno de 40 escalas de avaliação de risco, entretanto, as únicas com valor preditivo testado foram as de Norton, Waterlow e Braden (BARROS; ROCHA, 2007).

Entende-se como medida preventiva de UP, a importância da utilização de escalas preditivas, tal como a de Braden. Com a utilização dessa escala por um profissional devidamente capacitado, é possível avaliar o paciente hospitalizado diagnosticando as situações de estado nutricional, nível de mobilidade, percepção sensorial, fricção, cisalhamento, umidade e grau de atividade física (SANTOS et al., 2006). Essa escala também deve ser utilizada por profissionais da saúde em Instituições de Longa Permanência, já que as UP são sérias complicações em pacientes institucionalizados (ANAMI et al., 2002).

É necessário identificar o paciente em risco de desenvolver UP e adaptar medidas preventivas para minimizar essas lesões.

Este trabalho tem como objetivo investigar a probabilidade dos residentes de Instituições de Longa Permanência da cidade de Pindamonhangaba/SP de desenvolverem Úlceras de Pressão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Úlceras de Pressão

A úlcera de pressão (UP) é uma complicação em pacientes acamados, tornando-se um sério problema para os mesmos (ANAMI et al., 2002). As UP constituem um importante problema com que os profissionais da saúde se deparam. Frequentemente, elas custam e afetam milhões de pacientes nas instituições de longa permanência, nos centros de saúde, nas instituições hospitalares e nas unidades de terapia intensiva (UTI). Porém, cerca de 95% das UP são evitáveis, o que torna imprescindível a utilização de todos os meios disponíveis para a prevenção e tratamento eficazes das UP já estabelecidas (LOURO et al., 2007).

A susceptibilidade individual para o desenvolvimento de UP é dependente da atuação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (ROCHA et al., 2007). Os fatores extrínsecos estão relacionados à exposição física do paciente à umidade, pressão, fricção e/ou cisalhamento e inclui os efeitos externos de drogas, distribuição de peso, regime de tratamento (clínico ou cirúrgico), necessidade de cuidados intensivos, de higiene e técnicas de manuseio do paciente (ROCHA; BARROS, 2007). Já os fatores intrínsecos incluem condições individuais predisponentes às lesões como: diminuição da perfusão tecidual, idade avançada, estado nutricional deficiente, doenças associadas, mobilidade prejudicada, incontinência, infecção e condições clínicas, como por exemplo, doenças malignas, neurológicas e anemia, entre outras (MARINI, 2006; MORO et al., 2007).

Após um período de fluxo sanguíneo deficiente, os nutrientes deixam de ser carregados para a célula e os produtos de degradação se acumulam, ocorrendo assim isquemia seguida de hiperemia, edema e necrose tecidual, evoluindo para a morte celular. Pressão, cisalhamento e fricção geralmente provocam a interrupção de suprimento sanguíneo para as diversas áreas do corpo (LISE; SILVA, 2007).

As UP se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa (ROCHA et al., 2006). Uma pele íntegra e saudável é uma barreira contra a UP, no entanto, não pode resistir quando exposta à ação de vários fatores associados, tanto intrínsecos como extrínsecos que podem levar a isquemia e a destruição dos tecidos sob pressão (MAZZON, 2007).

Os pacientes que apresentam risco para o desenvolvimento de UP podem ser identificados, precocemente, através de uma avaliação para verificação da presença, ou não, dos fatores de risco que são: percepção sensorial referente à capacidade do paciente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão; umidade agindo sobre a pele; baixo grau de atividade física; imobilidade; nutrição inadequada; fricção e cisalhamento (SANTOS et al., 2006).

Uma avaliação do estado nutricional do paciente é essencial para obtenção de dados relacionados ao risco de integridade diminuída da pele, assim como o tecido edematoso que possui suprimento sanguíneo diminuído. É muito importante saber identificar os fatores de risco, pois tal habilidade facilita a prevenção e proporciona a contenção de custos de cuidado à saúde (CASTILHO; CALIRI, 2005).

2.2 Prevalência, incidência e complicações relacionadas à úlceras de pressão

As taxas de prevalência e incidência variam, consideravelmente, nos diferentes estudos, devido à heterogeneidade das populações e serviços de saúde avaliados (MARINI, 2006).

A prevalência e a incidência estão diretamente relacionadas com o grau de dependência dos pacientes, gravidade de suas doenças, tipo de serviço oferecido aos pacientes e o rigor com que se presta assistência na vigilância e a prevenção das UP. A incidência de UP em pacientes internados em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) é de 33%. Em pacientes com lesão medular, 34% desenvolvem UP durante o período de internação e, 30 a 40% desenvolvem UP nos primeiros 5 anos após a lesão. Em pacientes idosos com fratura de fêmur, em UTI, a prevalência de UP pode chegar a 60% (ROCHA et al., 2006).

A existência das úlceras de pressão apresentam importantes repercussões no que se refere à morbidade, mortalidade e gastos em relação aos cuidados, associando-se ao prolongamento da duração da internação hospitalar em até 5 vezes. Gera, também, uma alta taxa de recorrência de 36%, independentemente do tratamento ser médico ou cirúrgico. Aumenta o risco de morte em 4,5 vezes quando se compara os pacientes com UP e os doentes com o mesmo risco prévio de mortalidade mas que não desenvolveram UP (ROCHA et al., 2006).

As complicações mais freqüentes das UP estão relacionadas a problemas infecciosos, tanto locais quanto sistêmicos, que são decorrentes da inexistência de

solução de continuidade da pele e da proliferação de microorganismo que normalmente colonizam úlceras em geral. Isso dificulta muito a cicatrização e a cura, e muitas vezes a infecção se alastra para as adjacências da úlcera, com celulite ou erisipela (MARINI, 2006).

A bacteremia e a sepse contribuem para os índices de mortalidade aumentados em pacientes com UP (MARINI, 2006).

Também ocorrem manifestações na esfera psíquica que podem advir em decorrência de úlceras extensas e de tratamento prolongado, como depressão, sensação de incapacidade, reações por questões estéticas, entre outras (MARINI, 2006).

2.3 A Pele

A pele representa 12% do peso total do corpo, com peso de aproximadamente 4,5 quilos, sendo o maior sistema de órgãos expostos ao meio ambiente. Aproximadamente 3 centímetros de pele contém mais de 3 milhões de células, sendo de 100 a 350 glândulas sudoríparas, 50 terminações nervosas e 90 centímetros de vasos sanguíneos, 50 receptores por 100 milímetros quadrados, num total de 640 mil receptores sensoriais. Ela é composta de duas camadas principais, a epiderme, que é a camada superficial, composta de células epiteliais intimamente unidas e a derme, que é a camada mais profunda, composta de tecido conjuntivo denso irregular.

A pele é o órgão mais sensível do corpo humano e o que mais evidencia o envelhecimento do indivíduo devido a sua exposição por apresentar múltiplas funções, entre elas a proteção contra agentes físicos, químicos e biológicos (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

O envelhecimento cutâneo possui dois componentes, sendo um intrínseco e outro extrínseco. A idade e a genética do indivíduo correspondem ao componente intrínseco, já o componente extrínseco está relacionado à ação de fatores externos sobre a pele como exposição solar, agentes químicos e tabagismo (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

O envelhecimento intrínseco se expressa como uma pele seca, enrugada, flácida e, em alguns casos, podem aparecer neoplasias benignas, além de apresentar um achatamento da junção dermoepidérmica, redução do número de

glândulas sudoríparas, atrofia e afinamento das camadas epiteliais e gordurosa, perda de pêlos, aumento da sensibilidade ao frio e calor fazendo com que a pessoa idosa tenha a pele mais delicada e mereça cuidados especiais (ANAMI et al, 2002).

Ocorre uma atrofia da derme com redução de aproximadamente 20% de sua espessura. Há também diminuição do número de fibroblastos e de mastócitos, do calibre, da espessura e da quantidade de vasos sanguíneos, além de anormalidades nas terminações nervosas. O colágeno diminui 1% ao ano, e as fibrilas colágenas remanescentes tornam-se desorganizadas, compactas e granuladas, modificando a cicatrização da pele do idoso. As fibras elásticas decrescem em número e em diâmetro, além de apresentarem fragmentação e calcificação progressivas. Os melanócitos diminuem gradativamente, havendo uma redução de suas funções (BRANDÃO; BRANDÃO, 2006).

2.4 Localização das Úlceras de Pressão

No que diz respeito à localização de úlceras de pressão, 73,1% se apresentam em região sacral, seguido de 30,3% na região de calcâneo (BARROS; ROCHA, 2007), mas também acomete freqüentemente as regiões de cotovelo, maléolo lateral e ísquios, podendo se instalar também em diversas outras regiões, como grande trocânter, hálux, joelhos, região escapular, occipital, coluna torácica, nos processos espinhosos, pavilhão auditivo e base nasal, em pacientes usando máscara de ventilação não-invasiva, ou seja, podem se apresentar em qualquer região de proeminência óssea onde seja exercida grande pressão em quantidade reduzida de tecido subcutâneo, devido a locais com massa muscular diminuída estarem mais sujeitos à instalação de UP (MARINI, 2006), como mostram as Figuras 1 e 2.

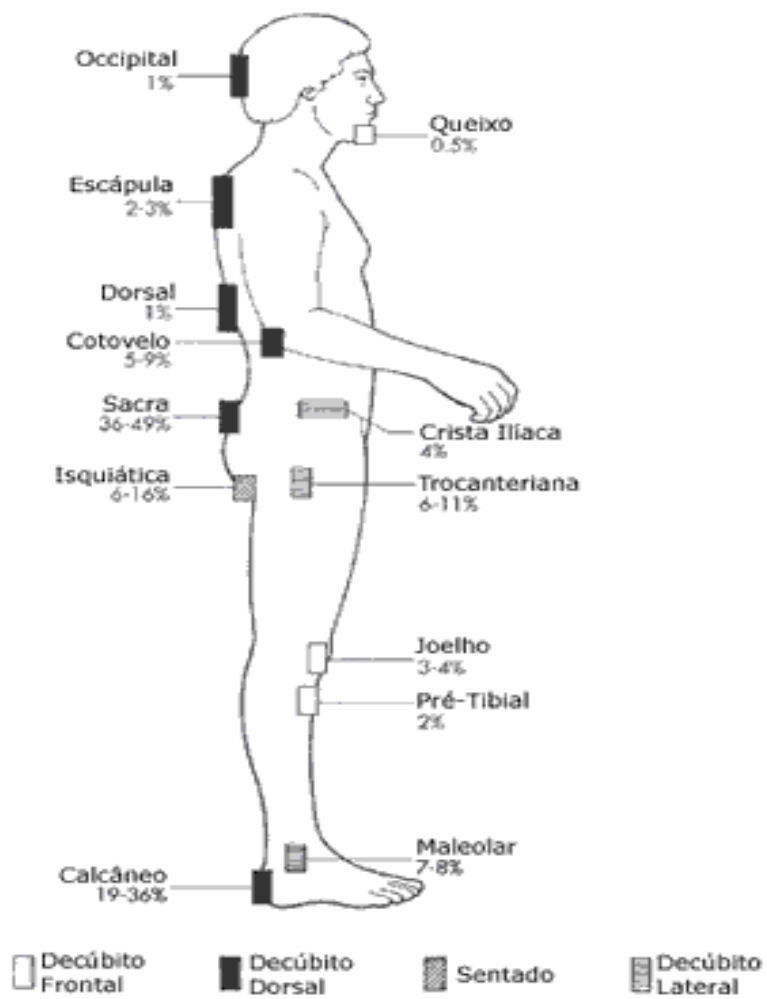


Fig. 11-1: Frequência de ulcerações por local.(Bryant,R.A.)

Figura 1: Possíveis localizações das Úlceras de Pressão
 Fonte: <http://facafisioterapia.chakalat.net>

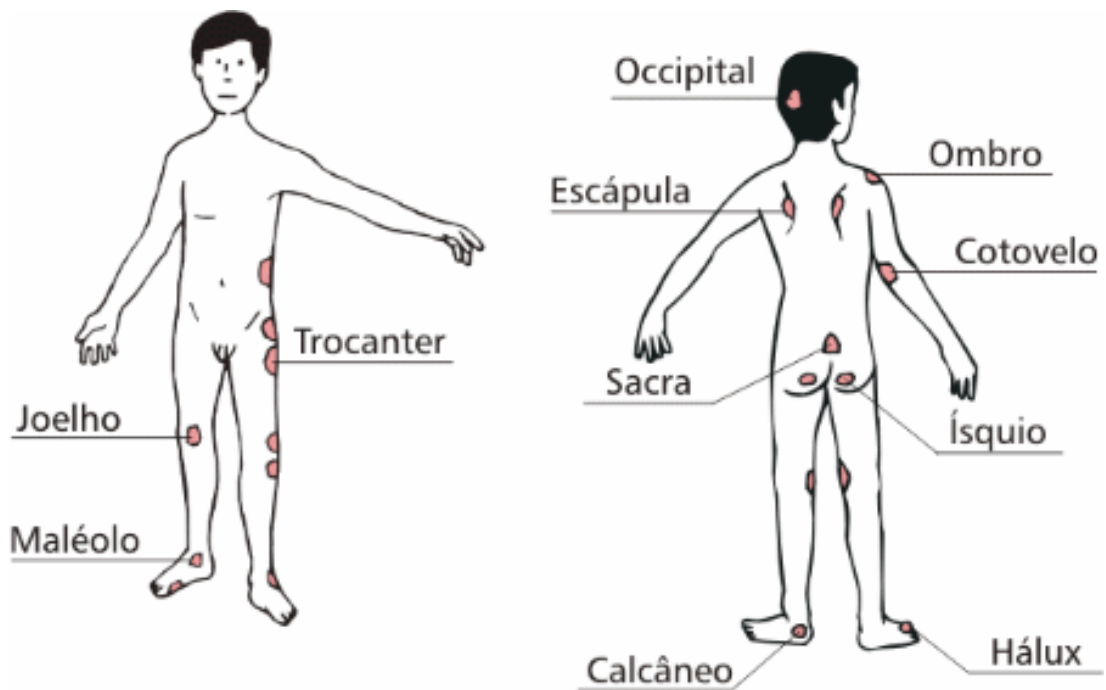


Figura 2: Pontos de maior proeminência óssea
Fonte: www.bengalalegal.com

O aparecimento das UP pode ocorrer em diversas regiões, o que se dá de acordo com o decúbito e a postura adotada pelo paciente (COSTA; COSTA, 2007; FERREIRA et al., 2007; MARINI, 2006; ROCHA et al., 2006) , como demonstrado na Figura 3.

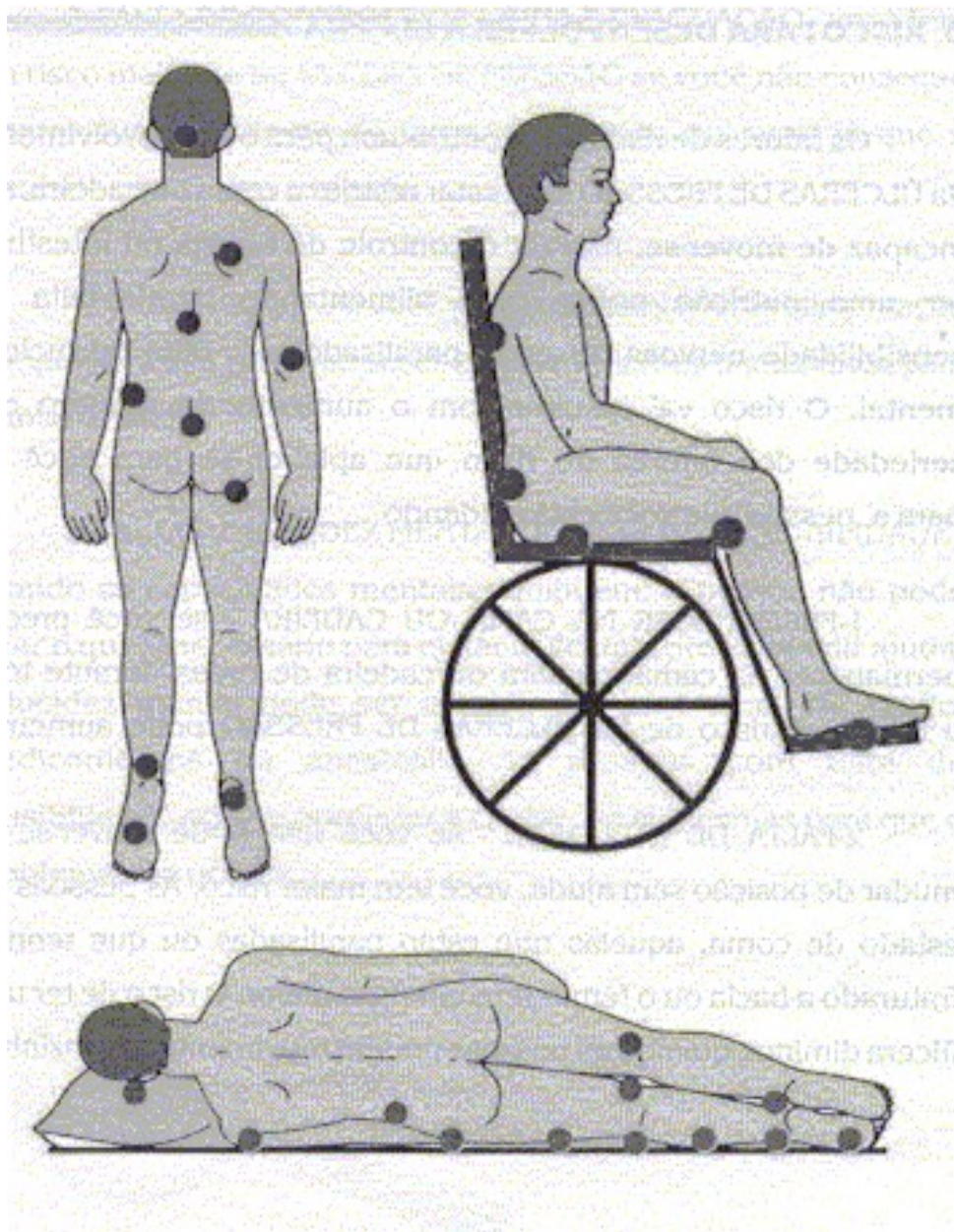


Figura 3: Localizações das Úlceras de Pressão de acordo com o posicionamento
Fonte: <http://desertosedesertificacao.blogspot.com>

2.5 Estágios das úlceras de pressão

O estágio I se apresenta como um eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão. Em pessoas com pele mais escura, a descoloração da pele, o calor, o edema ou o endurecimento podem ser indicadores (MARINI, 2006; MORO, 2007).



Figura 4: Estágio I Úlcera de Pressão

Fonte: www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.html

No estágio II ocorre perda parcial da pele envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial apresentando bolhas ou flictenas, podendo ocorrer sangramento já que a derme é a camada da pele onde encontramos grande quantidade de vasos sanguíneos (MARINI, 2006; MORO, 2007).



Figura 5: Estágio II Úlcera de Pressão

Fonte: www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.html

Já no estágio III, há perda da pele na sua total espessura, comprometendo o tecido subcutâneo podendo se aprofundar, mas não chegando até a fáscia.

Apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda (MARINI, 2006; MORO, 2007).



Figura 6: Estágio III Úlcera de Pressão
Fonte: www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.html

E no estágio IV há perda total da pele com uma extensa destruição, comprometendo músculos e ossos e estruturas de suporte como tendão e cápsulas articulares (MARINI, 2006; MORO, 2007).



Figura 7: Estágio IV Úlcera de Pressão
Fonte: www.eerp.usp.br/projetos/feridas/defpres.htm

2.6 Tratamento das Úlceras

Considerando que boa parte dos pacientes poderão desenvolver UP mesmo recebendo cuidados máximos de prevenção e vigilância, o objetivo terapêutico em qualquer úlcera é promover a formação de tecido sadio sobre uma base limpa da ferida permitindo assim, sua reepitelização (MARINI, 2006).

A identificação e o tratamento precoce permitem uma redução significativa dos custos, prevenção da progressão e uma aceleração da regeneração da UP, sendo que o custo do tratamento de uma UP grau IV é 10 vezes maior ao de uma úlcera de grau II. O tratamento cirúrgico e o tratamento local inclui vários componentes, como: debridamento, limpeza, revestimento, abordagem da colonização e infecção, além do uso de agentes físicos como ultra-som, eletroestimulação e laser. O tratamento cirúrgico é indicado no caso de pacientes com úlceras grau III e IV que não respondem ao tratamento conservador otimizado, com situação médica e nutricional estabilizada. Deve ser realizado um programa de reabilitação pós-cirúrgico prolongado para redução das recorrências (ROCHA et al., 2006).

Alguns princípios devem ser considerados no tratamento da UP, tais como: eliminar a sua causa; otimizar o ambiente e apoiar o paciente, pois a maioria das UP causam dor. A educação do cuidador é outro foco importante, deve-se educar pacientes e cuidadores, já que a educação é uma das principais aliadas tanto na prevenção como no tratamento, onde funcionários dos serviços de saúde, pacientes e familiares precisam estar bem informados sobre o plano de cuidado e as estratégias de tratamento (COSTA; COSTA, 2007).

O tratamento das UP não é simples, não existe um único curativo apropriado para todas as úlceras. É importante conhecer as características tanto da úlcera quanto dos curativos, para poder eleger corretamente qual o curativo mais apropriado para aquele tipo de úlcera. É necessária também a avaliação individual de cada paciente portador da úlcera, para adotar medidas profiláticas compatíveis com os fatores extrínsecos e intrínsecos atuantes (FERREIRA et al., 2007).

2.7 Instituições de Longa Permanência

As instituições de longa permanência para idosos (ILPI) são estabelecimentos voltados para o atendimento integral, institucional, tendo como público-alvo, pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou não, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio (SANTOS; SOUZA, 2007).

Essas instituições, conhecidas por denominações diversas - abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato - devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, psicológica, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional,

odontologia entre outras, conforme as necessidades de tal segmento etário. Esses locais devem reproduzir o ambiente residencial mantendo as características de um lar, não devendo ser marcados pelo isolamento nem afastados da vida urbana. (SANTOS; SOUZA, 2007).

O aumento da proporção de idosos com incapacidades e fragilizados, a redução da disponibilidade de cuidado familiar, a inexistência de serviços de apoio social e de saúde, o alto custo de cuidado domiciliar, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e violência contra o idoso são considerados fatores de risco para institucionalização. Embora haja um consenso de que em muitos momentos a Instituição de Longa Permanência para idosos se torna alternativa importante é consenso que deve ser uma opção voluntária e esperada, devendo assegurar a qualidade de vida das pessoas institucionalizadas (CREUTZBERG et al., 2007).

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Pindamonhangaba (FAP), no dia 21 de Agosto de 2009, protocolo número 078/2009 (Anexo B).

3.2 Casuística

A amostra foi constituída por 40 pessoas entre 43 e 97 anos, de ambos os sexos, cadeirantes ou acamados, residentes em duas Instituições de Longa Permanência da cidade de Pindamonhangaba – SP.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pelo Comitê de Ética da Faculdade (Apêndice A), em casos de residentes com déficit cognitivo, os presidentes das Instituições de Longa Permanência foram responsáveis por assinar o termo.

Foram incluídos no estudo residentes que faziam uso de cadeira de rodas como meio de locomoção ou estavam restritos ao leito.

E o critério de exclusão foi possuir deambulação com ou sem dispositivo de auxílio à marcha.

3.3 Materiais

Como materiais, foram utilizadas: uma ficha para identificação dos residentes (Apêndice B) e a Escala Padronizada de Braden 1994 (Anexo A).

3.4 Procedimentos

Os pesquisadores fizeram um convite aos residentes com cognitivo preservado das Instituições de Longa Permanência para participarem da pesquisa, onde posteriormente, aos interessados, foi aplicada uma ficha de identificação, contendo o nome do mesmo e da instituição em que ele reside, as hipóteses

diagnósticas, idade, tempo de imobilidade e o sexo, aos residentes com déficit cognitivo as perguntas da ficha foi respondida pelos cuidadores e através de prontuário médico, em seguida, foi realizada uma avaliação dos locais de proeminência óssea para verificar possíveis pontos de ulceração, pelos próprios pesquisadores.

Posteriormente foi aplicada a escala padronizada de Braden que avalia o risco para desenvolvimento de lesão por pressão. Essa escala consiste em seis subescalas: a percepção sensorial do paciente, o grau de umidade a qual a pele está exposta, o nível de atividade física, a mobilidade, a fricção e/ou cisalhamento e o estado nutricional do paciente. Todas as subescalas são pontuadas de um a quatro pontos, com exceção da fricção e do cisalhamento, que varia de um a três pontos. A predisposição para desenvolver UP é identificada de acordo com a pontuação final como, risco elevado para úlcera de pressão, quando a pontuação for abaixo de 11, risco moderado, entre 11 e 16 pontos, e baixo risco para pontuações maiores que 16 pontos, ou seja, quanto menor a pontuação do paciente avaliado, maior será o risco do mesmo desenvolver úlcera de pressão (MORO, 2007; LISE; SILVA, 2007; GUSTAVO, 2007; SANTOS, 2006).

Após a coleta de dados foi realizada uma análise descritiva simples dos mesmos.

4 RESULTADOS

Foram avaliados 23 residentes da Instituição A, sendo 12 mulheres e 11 homens. Na Instituição B foram avaliados 17 residentes, sendo 4 mulheres e 13 homens, somando um total de 40 indivíduos. A distribuição por sexo é mostrada na Tabela 1.

TABELA 1 – Número de homens e mulheres nas Instituições A e B

	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Instituição A		
Homens	11	47.83%
Mulheres	12	52.17%
Total	23	100%
Instituição B		
Homens	13	76.47%
Mulheres	4	23.53%
Total	17	100,00%

A média de idade encontrada na Instituição A foi de 68.47 anos, tendo um desvio padrão de 13.19 anos, onde a idade mínima foi de 43 anos e a máxima de 97 anos. Já na Instituição B, a idade média encontrada foi de 78 anos, com desvio padrão de 8.68 anos, sendo que a idade mínima foi de 57 anos e a máxima de 91 anos como mostra a Tabela 2.

TABELA 2 – Média de idade da população avaliada nas Instituições A e B

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Instituição A	68.47	13.19	43	97
Instituição B	78	8.68	57	91

Das 23 pessoas avaliadas na Instituição A, 11 eram cadeirantes e 12 eram acamados. Na Instituição B, das 17 pessoas avaliadas, 12 eram cadeirantes e 5 acamados. Sendo assim, participaram da pesquisa 23 cadeirantes e 17 acamados.

De acordo com a Escala Padronizada de Braden, na Instituição A, foi encontrada uma média de 9.0 pontos, com desvio padrão de 1.8, sendo que o valor

de Braden mínimo encontrado foi de 7 pontos e o máximo de 15 pontos. Na Instituição B, a média foi de 8.4 pontos, com desvio padrão de 2.0, onde o valor mínimo encontrado foi de 6 e o máximo de 13. Sendo assim, dos 40 pesquisados a média de pontos foi de 8.8, tendo um desvio padrão de 1.9, valor mínimo de 6 e máximo de 15. O dados referentes a Escala de Braden são mostrados na Tabela 3.

TABELA 3 – Valor de Braden encontrado nas Instituições A e B

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Instituição A	9.0	1.8	7	15
Instituição B	8.4	2.0	6	13
Total	8.8	1.9	6	15

Na Instituição A, 3 pessoas apresentaram risco moderado ou seja, 13.04% dos avaliados e 20 pessoas apresentaram alto risco para desenvolver Úlceras de Pressão, correspondendo a 86.96% do total de pessoas avaliadas.

Na Instituição B, foram encontradas 3 pessoas com risco moderado, 17.65%, e 14 pessoas apresentaram alto risco, o equivalente a 82.35% dos avaliados.

Do total, nenhum avaliado apresentou baixo risco de desenvolver UP, 6 apresentaram risco moderado (15%) e 34 apresentaram alto risco (85%). Os dados supracitados são demonstrados na Tabela 4.

TABELA 4 – Risco para desenvolvimento de Úlceras de Pressão em 40 indivíduos residentes em Instituições de Longa Permanência na cidade de Pindamonhanagaba.

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Instituição A	Risco Moderado	3	13.04%
	Alto Risco	20	86.96%
	Total	23	100%
Instituição B	Risco Moderado	3	17.65%
	Alto Risco	14	82.35%
	Total	17	100%
Total	Risco Moderado	6	15.00%
	Alto Risco	34	85.00%
	Total	40	100%

5 DISCUSSÃO

A pressão é o fator etiológico mais frequente na Úlcera de Pressão, o que faz essa denominação ser recomendada como a mais adequada (COSTA; COSTA, 2007).

Para avaliação do risco de desenvolvimento de Úlcera de Pressão foi utilizada a escala de Braden, assim como em vários estudos realizados, por ser um instrumento previamente validado e mais amplamente utilizado (MORO et al., 2007).

Como um dos itens sinalizados pela escala de Braden é a fricção/cisalhamento, deve-se utilizar películas protetoras em pacientes identificados como alto risco (GUSTAVO et al., 2007).

A contagem de pontos baixa, na escala de Braden, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portando o paciente em alto risco de desenvolver a Úlcera de Pressão (SANTOS et al., 2006), como demonstra o presente estudo.

A manutenção da integridade da pele deve ser zelada, já que pessoas acamadas de modo geral, sem capacidade de mobilidade, apresentam importante fator de risco para desenvolver Úlcera de Pressão. O uso de métodos de avaliação do risco de UP como a escala de Braden, pode ser capaz de direcionar as medidas preventivas, como a inspeção regular da pele, o posicionamento adequado evitando pressão em proeminências ósseas e a aplicação de forças de cisalhamento diminuindo sua prevalência e incidência (COSTA; COSTA, 2007).

Muitos familiares e cuidadores não têm o conhecimento da gravidade e extensão que as lesões podem apresentar na pele, sendo assim, deve-se dar instruções a respeito da mudança de decúbito na pessoa acamada, para que lhes seja oferecido um cuidar mais humanizado e com qualidade (MAZZON, 2007).

Vários estudos descreveram que a prevenção é tão importante como a identificação do risco, sendo a imobilidade um dos fatores assinalados por muitos autores como determinante para o desenvolvimento de Úlcera de Pressão (LOURO et al., 2007), o que mostra a necessidade da aplicação das escalas de avaliação de risco para que se possa iniciar um trabalho preventivo, assim como a mudança de decúbito a cada 90 minutos.

6 CONCLUSÃO

Após análise dos resultados obtidos na pesquisa, podemos concluir que há uma grande probabilidade dos residentes nas instituições de longa permanência da cidade de Pindamonhangaba desenvolverem Úlceras de Pressão.

Acreditamos que a escala padronizada de Braden é um instrumento válido para programas de prevenção de Úlceras de Pressão, pois possibilita a identificação dos fatores predisponentes mais importantes de forma individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAMI, E. H. T. et al. **Aplicação de Protocolo para Prevenção de Úlceras de Pressão em Unidade de Terapia Intensiva.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 23, p.25-32, jan./dez. 2002

BRANDÃO, A. R. & BRANDÃO, T. C. R. **Envelhecimento Cutâneo.** In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. cap.109; p.1049-1055. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006

BARROS, S. M. O. de. & ROCHA, A. B. L. **Avaliação de Risco de Úlcera por Pressão:** Propriedades de Medida da Versão em Português da Escala de Waterlow. Acta Paul Enferm; v.20, n.2; p.143-150, 2007

CASTILHO, L. D. & CALIRI, M. H. L. **Úlcera de Pressão e Estado Nutricional:** Revisão da Literatura. Revista Brasileira de Enfermagem. set./out.; v.58, n.5; p.597-601; 2005

COSTA, F. M. F. da & COSTA, S. H. P. da. **Assistência de Enfermagem ao Cliente Portador de Úlcera de Pressão:** Abordando a Importância do Conhecimento e Informação. Revista Meio Ambiente e Saúde; v.2, n.1; p.22-32; 2007

CREUTZBERG, M. et al. **A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Sistema de Saúde.** Revisto Latino-Americana de Enfermagem nov./dez.; v.15, n.6; 2007

FERREIRA S. C. et al. **Concepções dos Acadêmicos de Enfermagem Sobre Prevenção e Tratamento de Úlcera de Pressão.** Revista Baiana de Saúde Pública v.31, n.1, p.77-89, jan./jun. 2007

GUIRRO, E. & GUIRRO, R. **Noções de Citologia e Histologia.** Fisioterapia Dermato-Funcional. 3. ed. cap.1; p.3-32. Barueri, SP: Manole, 2004

GUSTAVO, A. da S. et al. **Indicador Assistencial de Enfermagem:** Incidência de Úlcera de Pressão em Adultos Hospitalizados, 2007

LISE, F. & SILVA, L. C. da. **Prevenção de Úlcera por Pressão:** Instrumentalizando a Enfermagem e Orientando o Familiar Cuidador. Acta Sci. Health Sci, Maringá, v. 29, n. 2, p.85-89; 2007

LOURO, M. et al. **Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva v.19, n.3; p.337-341; jul./set. 2007

MARINI, M. F. V. de. **Úlceras de Pressão**. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. cap.101; p.981-992. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006

MAZZON, D. S. de. **Úlcera de Pressão no Idoso Acamado e Assistência de Enfermagem**. In: 5º SIMPOSIO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO. Universidade Metodista de Piracicaba, 2007

MORO, A. et al. **Avaliação dos Pacientes Portadores de Lesão por Pressão Internados em Hospital Geral**. Revista Associação de Medicina Brasileira. v.53, n.4; p.300-304; 2007

PARANHOS, W. Y. & SANTOS, V. **Avaliação de Risco para Úlceras de Pressão por meio da Escala de Braden, na Língua Portuguesa**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.33; p.191-204; São Paulo, 1999

ROCHA, J. A. et al. **Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão: Intervenções Baseadas na Evidência**. Acta Médica Port; p.29-38; 2006

SANTOS, I. dos. et al. **Aplicando Recomendações da Escala de Braden e Prevenindo Úlceras por Pressão: Evidências do Cuidar em Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. maio/jun.; v.59, n.3; p.279-284; 2006

SANTOS, V. L. C. de G. & SOUZA, D. M. S. T. de **Fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Úlceras por Pressão em Idosos Institucionalizados**. Revista Latino-am Enfermagem set/out; v.15, n.5; 2007

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96)



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA
SOPEC – Sociedade Pindamonhangabense, Educação e Cultura S/C Ltda

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____, discente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Pindamonhangaba – FAPI; por meio deste Termo de Consentimento venho convidar os pacientes da instituição de longa permanência de Pindamonhangaba que possam ingressar na pesquisa “Prevalência de Úlcera de Pressão nas Instituições de Longa Permanência da Cidade de Pindamonhangaba-SP”, com o propósito de analisar os fatores de risco que podem levar as pessoas institucionalizadas a desenvolver Úlcera de Pressão. Será aplicado (1) questionário para conhecer e analisar as pessoas com maior risco de desenvolver UP. O voluntário não sofrerá nenhum desconforto físico, tendo a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. É garantido o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Eu (voluntário) _____ afirmo que fui esclarecido e entendi quanto à metodologia, os riscos e benefícios empregados pela pesquisa. Concordando também que todos os resultados das informações recorrentes da pesquisa, poderão ser publicados para finalidade científica.

Pindamonhangaba, ____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

Apêndice B – “Ficha de Identificação dos Participantes da Pesquisa”.

Nome: _____

Instituição: _____

Patologia: _____

Tempo de imobilidade: _____ Idade: _____

Cadeirante: sim não Sexo: feminino masculino

Pontuação: _____ Risco: baixo moderado alto

Observações: _____

Anexo A – Escala de Braden 1994

A pontuação de Braden tem uma sensibilidade maior e é mais específica, oferecendo maior eficiência na avaliação.

Percepção Sensorial	Umidade da Pele	Atividade Física
Não Prejudicada 4	Livre de Umidade 4	Caminha com Frequência 4
Pouco Limitada 3	Umidade Ocasional 3	Caminha Ocasionalmente 3
Muito Limitada 2	Úmida 2	Senta-se com Ajuda 2
Completamente Limitada 1	Umidade Constante 1	Acamado 1
Mobilidade	Nutrição	Fricção e Cizalhamento
Sem Limitações 4	Excelente 4	Movimentos Independentes 3
Pouco Limitada 3	Adequada 3	Pequena ou Mínima Dependência 2
Muito Limitada 2	Inadequada 2	Moderada ou Máxima Dependência 1
Imóvel 1	Pobre 1	

Pontuação > ou = 16: Baixo risco / Pontuação < 11: Alto risco /
Pontuação de 11 a 16: Risco moderado

A eficiência desses indicadores depende diretamente dos cuidados prestados ao paciente, após a identificação correta dos riscos.

Versão em português da escala de Braden.

Fonte: PARANHOS, W. Y. & SANTOS, V. – Revista da Escola de Enfermagem da USP

Anexo B – Certificado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAPI



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA
Credenciada pela Portaria Ministerial nº 1855, de 26/06/2002 publicada no D. O. U. de 27/06/2002.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FAPI

CERTIFICADO

Certifico que o protocolo nº. 078/2009, intitulado *“Investigação de probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão em residentes nas instituições de longa permanência da cidade de Pindamonhangaba - SP”*, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Deise Aparecida de Almeida Pires de Oliveira está de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e suas complementações, a qual versa sobre os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, o referido protocolo está **Aprovado** por esta Comissão de Ética em Pesquisa.

Pindamonhangaba, 21 de Agosto de 2009.



PROF.^ª DR.^ª LUCIANE V. GARCIA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FAPI