



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**RAYSSA DANTAS DE ARAÚJO**

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS SOB ASSISTÊNCIA  
DOMICILIÁRIA EM UM MUNICÍPIO NO SERTÃO PARAIBANO**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2015**

**RAYSSA DANTAS DE ARAÚJO**

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS SOB ASSISTÊNCIA  
DOMCILIÁRIA EM UM MUNICÍPIO NO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem. Sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Me. Roberta Romero de Miranda Henriques.

**CAJAZEIRAS – PB**

**2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A659p Araújo, Rayssa Dantas de  
Prevalência de Úlcera por Pressão em Idosos sob Assistência  
Domiciliária em um Município no Sertão Paraibano. / Rayssa Dantas  
de Araújo. - Cajazeiras: UFCG, 2015.  
58f. il.  
Bibliografia.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Me. Roberta Romero de Miranda Henrique.  
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Úlcera de Pressão - Idoso. 2. Idoso – Assistência Domiciliar.
- I. Henrique, Roberta Romero de Miranda. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-001-053.9

RAYSSA DANTAS DE ARAÚJO

PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS SOB ASSISTÊNCIA  
DOMICILIÁRIA EM UM MUNICÍPIO NO SERTÃO PARAIBANO

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de  
Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, da  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para a obtenção  
do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta  
pelos seguintes membros:

APROVADO EM 01/12/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

*Roberta R. de M. Henriques*

PROF<sup>a</sup>. ME. ROBERTA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES

UAENF/CFP/UFCG

Orientadora

*Luz Jardeino de Lacerda Neto*

PROF. ME. LUIZ JARDELINO DE LACERDA NETO

UACV/CFP/UFCG

Examinador

*Mércia de França Nóbrega*

PROF<sup>a</sup>. ME. MÉRCIA DE FRANÇA NÓBREGA

UAENF/CFP/UFCG

Examinadora

Aos meus pais,  
por todo o apoio, incentivo, amor e dedicação que  
me trouxeram até aqui; hoje realizo o nosso  
sonho.

## AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, Criador de todas as coisas, Aquele que me escolheu à existência me oferecendo todas as ferramentas, circunstâncias e potenciais para meu desenvolvimento e aperfeiçoamento, cujo amor e misericórdia são atuantes em minha vida; pelos incontáveis benefícios recebidos, a Ti Senhor, meus primeiros agradecimentos.

Aos meus pais, meu alicerce e minha referência, aos meus irmãos pela parceria diária, principalmente a Rodrigo por toda paciência e ajuda durante toda minha graduação. Aos meus familiares, em especial a Marcílio e Gê, por sempre mostrarem disponibilidade em ajudar e sempre que precisei fizeram da sua casa o meu ponto de apoio.

Aos meus amigos que transformaram o cansaço diário em boas risadas, mostrando o quanto a caminhada se torna mais leve e valiosa quando se tem pessoas queridas e especiais ao nosso lado. Principalmente, aqueles com quem compartilhei mais de perto meus sentimentos e experiências, com quem caminhei lado a lado e que conquistaram um lugar especial no meu coração, Isabel, a quem também recorri nas horas de dúvida durante a construção desse trabalho e que sempre me atendeu prontamente, Daniele, Claryssa, Adriana e Fernanda. Nossas vidas seguem rumos diferentes agora, mas enquanto minha memória me permitir voltar àqueles dias de graduação, lembrarei com saudades, de todos nós. Que Deus abençoe grandemente a caminhada de todos vocês.

De um modo mais que especial, quero agradecer aquele que me acompanha mesmo antes do início dessa jornada, aquele que foi a palavra certa num momento de indecisão e que quando o sonho começou a ficar distante tomou para si minhas dificuldades e me recolocou no caminho. Aquele que sempre acredita que sou capaz e que sempre apostou e ainda aposta todas as suas fichas em mim; ao meu namorado, hoje noivo e futuro marido. A você, meu amor, meu reconhecimento e gratidão. Essa conquista também é sua.

A pequena Maria que tem me ensinado coisas grandiosas nessa vida, as quais não teria aprendido sem ela nem se eu vivesse por 100 anos. Você é a sementinha que Deus plantou no meu coração. Que essa conquista sirva de exemplo e incentivo na sua persistência como estudante, sabendo que a recompensa é proporcional a toda dedicação e esforço devotados aos estudos.

A todos os docentes que contribuíram na minha formação, repassando seus conhecimentos, experiências e valores, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional.

A minha orientadora Roberta, por todo apoio, confiança e contribuição na realização desse trabalho que agora se concretiza. Meu muito obrigado pela disponibilidade e parceria.

A enfermeira da Unidade Mista de Saúde de Aparecida-PB e a todos os ACS's que gentilmente me acompanharam nas visitas domiciliares para a coleta de dados da pesquisa obrigada pela disponibilidade e compromisso.

A todos os entrevistados que aceitaram gentilmente participar desta pesquisa.

A conclusão deste trabalho encerra minha caminhada como acadêmica de enfermagem. Difícil traduzir em palavras o antagonismo de sentimentos que trago no peito neste momento. Um ciclo que se fecha para dar lugar a outro que se inicia. Porém, dentre tantos, um sentimento se sobressai e se faz mais forte neste momento, o de gratidão.

A todos vocês, meu singelo e mais sincero OBRIGADA!

*“O amor une perfeitamente todas as coisas.”*

Colossences 3:14



## RESUMO

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico e progressivo que envolve diversas modificações e manifestações debilitantes que causam comprometimento na capacidade funcional do idoso, na estrutura de sua pele e aumento das condições de adoecimento crônico-degenerativas. Por essa razão, a úlcera por pressão (UPP) é vista como uma complicação com grande ocorrência nessa fase da vida, afetando a qualidade de vida do idoso, de seus familiares e cuidadores. Nesse contexto, a assistência domiciliária (AD) surge como uma estratégia para responder a uma necessidade real do indivíduo em situação de cronicidade, por meio de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, garantindo ao indivíduo um cuidado continuado. O objetivo dessa pesquisa foi identificar a prevalência de úlcera por pressão em idosos sob assistência domiciliária na Unidade de Saúde da Família em Aparecida – PB. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório-descritivo. Os dados foram coletados durante o mês de Julho de 2015, através de visita domiciliar, onde foram analisados 15 idosos com idade entre 66 e 98 anos, restritos ao leito ou à cadeira, cadastrados como usuários da Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira, em Aparecida - PB. Os resultados obtidos através dos questionários sociodemográfico, cuidador principal e orientações recebidas quanto as UPP's, características da úlcera por pressão e dados clínicos do entrevistado, formaram um banco de dados e a análise de estatística foi realizada com os pacotes estatísticos Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS). Constatou-se a prevalência de UPP nos idosos entrevistados como sendo de 27%, com predominância do sexo feminino e faixa etária de 81 a 90 anos, com média de idade de 83,2 anos. Identificou-se uma deficiência no conhecimento dos cuidadores quanto aos cuidados necessários com a pessoa idosa e as UPP's, incluindo prevenção e fatores predisponentes. O estudo de prevalência permite apontar caminhos e direcionar condutas por meio da demonstração da realidade da população estudada.

**Palavras-chaves:** Assistência Domiciliária. Idoso. Prevalência. Úlcera por pressão.

## ABSTRACT

Aging is a natural, dynamic and progressive process that involves several modifications and debilitating manifestations which cause impairment of functional capacity of the elderly, the structure of his/her skin and the increase in chronic degenerative diseases conditions. For this reason, pressure ulcers (UPP) are seen as a high occurrence complication at this stage of life, affecting the quality of life of the elderly, their families and caregivers. In this context, home care (AD) appears to be the strategy to respond to a real need of individual in chronic situation through health promotion, prevention, treatment of diseases and rehabilitation, ensuring ongoing care to the individuals. The aim of this research was to identify the prevalence of pressure ulcers in elderly under home care at Unidade de Saúde da Família, in Aparecida – PB. This research is a quantitative, exploratory and descriptive study. Data were collected during the month of July, 2015, through home visits. 15 elderly aged between 66 and 98 years and confined to bed or chair were analyzed. Elderly were registered as users of the Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira in Aparecida - PB. The results obtained through the sociodemographic questionnaire, main caregiver and guidance received from the UPP's on pressure ulcers and clinical data characteristics of those interviewed, formed a database and analysis of statistics were performed with the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS). Results revealed that the prevalence of UPP in the elderly interviewed were 27%, especially female aged between 81-90 years, with average age of 83.2 years. It identified a lack of knowledge of caregivers about the care for elderly and from the UPP's, including prevention and predisposing factors. Prevalence study allows us to point out ways and guide behaviors by demonstrating the reality of the population studied.

**Keywords:** Elderly. Home Care. Pressure ulcer. Prevalence.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Assistência Domiciliária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível

DM – Diabetes *Mellitus*

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

MI – Membro Inferior

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCRPP – Termo de Compromisso e Responsabilidade – Pesquisador Participante

TCRPR - Termo de Compromisso e Responsabilidade – Pesquisador Responsável

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UPP – Úlcera por pressão

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil Sociodemográfico – Aparecida-PB, 2015.....	35
<b>Tabela 2</b> – Características da Úlcera por Pressão – Aparecida-PB, 2015.....	38
<b>Tabela 3</b> – Dados Clínicos – Aparecida-PB, 2015.....	39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribuição percentual de acordo com o cuidador principal.....	37
<b>Figura 2:</b> Distribuição percentual de acordo com as orientações recebidas pelos cuidadores sobre as úlceras por pressão.....	38

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO.....	19
3.2 ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS.....	20
3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM AS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	25
3.4 O IDOSO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
3.5 ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA.....	30
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	33
4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
APÊNDICES.....	50
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	51
ANEXOS.....	52

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA.....	53
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	57
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	58

## 1 INTRODUÇÃO

Com uma baixa taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida, o mundo passa hoje por um processo de envelhecimento de sua população. Este fenômeno, denominado transição demográfica, se iniciou nos países desenvolvidos e ocorre recentemente de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, o número de idosos até o ano de 2020 será de 28,3 milhões e terá um acréscimo para 64 milhões em 2050 (IBGE, 2009).

Com a conquista do aumento da expectativa de vida é possível sentir os inúmeros impactos que esse fenômeno causa na sociedade, principalmente no que diz respeito à saúde, o que torna um grande desafio agregar qualidade aos anos adicionais de vida (COSTA; VERAS, 2003).

O envelhecimento é um processo natural que envolve diversas alterações, dentre elas, biológicas, neurológicas, cognitivas, físicas e estruturais. Por conta desse processo, verifica-se um aumento da incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas decorrentes do próprio processo de envelhecimento. Essas doenças, em geral de longa duração, vão se acumulando nos indivíduos, considerando o aumento relativo da proporção de idosos e a tendência crescente da expectativa de vida (BARRETO; CARMO, 2000).

As doenças crônico-degenerativas são um dos principais motivos que levam o idoso à incapacidade funcional, as quais ocorrem geralmente de forma progressiva e gradual com o avançar da idade, estando diretamente ligada a presença de outras doenças, o que torna um fator de risco para desfechos desfavoráveis como, institucionalização, quedas, hospitalização, imobilidade, dentre outros.

Essa mudança na pirâmide populacional, desperta a necessidade de uma abordagem inovadora quanto a programas de prevenção, educação e cuidado integral à pessoa idosa, posterior a uma inovação nos paradigmas de atenção à saúde (VERAS, 2007).

Nesse contexto, destaca-se a assistência domiciliária como estratégia para atender a uma demanda cada vez mais crescente de idosos em condições crônicas, com dificuldades de locomoção e que necessitam de cuidados por um período de tempo mais prolongado, dado o aumento da longevidade e das doenças crônicas que causam incapacidades (CHAYAMITI; CALIRI, 2010). Paz e Santos (2003) dizem que, “atualmente, o cuidado domiciliar está em pauta frente às demandas sociais relacionadas ao perfil demográfico e epidemiológico da população, bem como à organização do sistema de saúde brasileiro”.



Diante da idade avançada e da condição de cronicidade de algumas patologias, alguns idosos vivem uma situação de fragilidade que os predispõem a complicações, como o surgimento de lesões na pele que afetam a sua qualidade de vida e aumentam o tempo de restrição ao leito, demandando um tratamento mais prolongado.

O interesse pela temática surgiu durante a vivência nos ambientes hospitalar e da rede básica de saúde, onde pude constatar, empiricamente, o elevado número de idosos restritos ao leito com algum grau de incapacidade portando úlcera por pressão, o que causou uma grande inquietação não só pelo desconhecimento da real dimensão do problema, pelos próprios gestores da saúde, como pela falta de intervenções e estratégias eficazes para a transformação dessa realidade. Neste sentido aponta-se a seguinte questão norteadora: qual a prevalência de úlcera por pressão em idosos sob assistência domiciliária no município de Aparecida – PB?

Dessa forma, o estudo é relevante, pois com o acelerado crescimento da população idosa e o impacto que isso causa na sociedade, principalmente nos serviços de saúde, se faz necessário o desenvolvimento de estudos que busquem conhecer a realidade dessa população, como a prevalência das úlceras por pressão com vistas à contribuição no conhecimento das situações relacionadas ao seu desenvolvimento, buscando assim, implantar/implementar estratégias de maior resolutividade na prevenção e tratamento dessas lesões.

De acordo com Medeiros et al. (2009), atualmente ainda existem poucos estudos a cerca da incidência e prevalência de UPP's no Brasil e que isso desperta para a necessidade de ampliação e desenvolvimento dessas pesquisas como meio de formalizar um alerta aos dirigentes de serviços, autoridades e profissionais de saúde integrando-os para formação de uma rede de prevenção e tratamento da lesão.

## **2 OBJETIVOS**

### ***2.1 OBJETIVO GERAL***

- Identificar a prevalência de úlcera por pressão em idosos sob assistência domiciliar no município de Aparecida-PB.

### ***2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- Quantificar o número de idosos com úlcera por pressão;
- Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos que apresentam úlcera por pressão e estão sendo cuidados no domicílio;
- Caracterizar o cuidador principal e avaliar seu conhecimento quanto às UPP's.
- Identificar as características da úlcera por pressão, quanto ao número e localização;
- Identificar o perfil clínico dos idosos que apresentam úlcera por pressão e estão sendo cuidados no domicílio;
- Descrever o fator ou os fatores que causaram a restrição da mobilidade, bem como o tempo de restrição ao leito ou à cadeira.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### ***3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO***

A idade para caracterizar uma população como idosa varia de sociedade para sociedade e depende não apenas de fatores biológicos, mas também de fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso para a realidade brasileira, o indivíduo com 60 anos de idade ou mais (DUARTE et al., 2005).

De acordo com Cancela (2007), o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e diferencial que afeta todos os seres vivos tendo o seu término na morte do organismo, em que o seu início, velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo.

Desse modo, Santos et al. (2009) definem o envelhecimento como sendo um processo do desenvolvimento normal, que envolve alterações neurobiológicas, estruturais, funcionais e químicas, podendo ocorrer de maneira sadia ou patológica, tendo como influência estilo de vida, fatores genéticos, ambientais e socioculturais. Observa-se no envelhecimento défices físicos, cognitivos e comportamentais que resultam de um conjunto de alterações biológicas que desencadeiam eventos que causam danos moleculares e celulares.

Palácios (2004) diz que o envelhecimento não está associado à existência de uma doença e que, de fato, envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada. No que tange aos fatores exógenos, o ambiente tem papel importante na funcionalidade dos idosos, sendo um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais em que o indivíduo está inserido, mas que também, se relaciona com a expressão da genética, a qualidade de vida e o bem-estar do idoso (MAIA et al., 2006).

Netto (2002) caracteriza a velhice como fase final do ciclo da vida. Esta fase apresenta algumas manifestações debilitantes, dos quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, trabalho e resistência.

Segundo Shephard (2003), a categorização funcional do idoso depende da idade, do sexo, estilo de vida, saúde, fatores socioeconômicos e influências constitucionais, provando, assim, que não há homogeneidade na população idosa.

Para Pagano (2004), a incapacidade funcional, na velhice, traz repercussões importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e a vida do próprio idoso, já que provoca maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para diminuição do bem-estar e da qualidade de vida, caracterizando-se por uma condição multifatorial que engloba diferentes causas, naturezas, formas de aparecimento, ritmos e implicações sociais, consistindo mais em um processo do que em um estado estático.

De acordo com Figueiredo (2012), o processo de envelhecimento associado à ampliação da expectativa de vida da população pode acarretar um aumento da prevalência e incidência de doenças e prejuízos à funcionalidade.

Alves et al. (2007) dizem que com o envelhecimento da população, houve também um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, que exigem cuidados e tratamento contínuo. Esse tipo de acometimento exerce uma forte influência na capacidade funcional do idoso, podendo acarretar a incapacidade parcial ou total do indivíduo, gerando importantes consequências para a família, a comunidade e o sistema de saúde (VERAS, 2009).

As condições socioeconômicas são um dos fatores que implicam na dificuldade do tratamento de idosos, como também, a existência de um quadro de múltipla morbidade em que as enfermidades interferem entre si, somadas ao desconhecimento dos indivíduos a cerca de suas doenças e/ou a falta de esclarecimentos sobre seus direitos e medidas de controle e prevenção. Porém, com a implantação do SUS e a ordenação da rede básica e da estratégia da saúde da família, tornou-se possível um maior acesso aos serviços de saúde, bem como a informação (TRAD, 2002).

### **3.2 ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS**

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras por pressão (UPP) permanece elevada, sendo esta uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores e constituindo uma sobrecarga econômica para os serviços de saúde (ROCHA et al., 2006).

Dentre os principais fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão são considerados os portadores de doenças neurológicas, fraturas ósseas, doenças cardíacas,

anemia e doenças vasculares, e como fatores desencadeantes, a incontinência urinária, úlcera por pressão prévia, idade avançada, problemas motores, problemas nutricionais, alterações do turgor e elasticidade da pele e outros como medicamentos e higiene (FARO, 1999).

“A UPP ainda é considerada um problema grave, especialmente em pessoas idosas e nas situações de adoecimento crônico-degenerativo” (MEDEIROS et al., 2009) decorrentes do próprio aumento da expectativa de vida. Para maioria dos estudiosos, a idade é distinguida como um dos mais importantes fatores associados à fisiopatogênese das UPP's, principalmente quando agregada a outros fatores como desnutrição, mobilidade e umidade. As áreas mais vulneráveis para o aparecimento das UPP's são aquelas onde existem proeminências ósseas, como as regiões sacrococcígea, ísquiática, trocantérica, calcânea, maléolos laterais, escapular, occipital e cotovelos (CARVALHO et al. 2007).

Estudos mostram que os idosos compõem o grupo de maior risco para o desenvolvimento de UPP, uma vez que a pele do idoso sofre transformações próprias do processo fisiológico de envelhecimento, pela redução na elasticidade, na textura da pele, diminuição da massa muscular e da frequência de reposição celular, tornando-a mais frágil. Essas mudanças podem ainda predispor a lesões induzidas por fatores externos como pressão, fricção, cisalhamento e umidade (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Freitas et al. (2011) dizem que a pele do idoso sofre alterações expressivas com o processo de envelhecimento, o que o coloca em uma situação de fragilidade predispondo-o ao surgimento da UPP.

Úlcera por pressão são lesões na pele desenvolvidas pela compressão prolongada de um tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície externa. São complicações que acometem, principalmente, pessoas que se encontram em situação de fragilidade, tendo como fator principal a restrição da mobilidade e idade avançada (FREITAS et al., 2011).

De acordo com Santos e Caliri (2007),

o conceito de úlcera por pressão foi revisado em 2007 pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel, sendo definida como uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento.

De acordo com Blanes et al. (2004), as UPP's têm como causas fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Os fatores extrínsecos são: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. A pressão é considerada o principal fator causador da UPP, sendo que o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade da pressão, duração da mesma e tolerância tecidual. Para Figueiredo et al. (1996),

a pressão contínua desenvolvida nos tecidos provoca a falta de suprimento sanguíneo imprescindível para a manutenção dos níveis de oxigênio e nutrientes necessários à manutenção da vida celular e, conseqüentemente, da integridade cutânea e dos tecidos subjacentes.

Algumas pesquisas sinalizam que o período de uma 1 a 6 horas, aproximadamente, com pressões entre 60 e 580 mmHg pode originar uma úlcera. Entretanto, além da pressão, as forças de cisalhamento e fricção podem operar cooperativamente no desenvolvimento de uma lesão. Neste contexto, a observação das condutas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção são de vital importância para evitar a formação de úlceras (COSTA et al., 2005).

Dentre os fatores intrínsecos, Rocha et al. (2006) destacam a imobilidade, incontinência urinária e/ou fecal, alterações do estado de consciência, idade (<5 e >65 anos de idade), má perfusão/oxigenação tecidual e estado nutricional. Sendo, a tolerância da pele à pressão, influenciada pelos fatores extrínsecos e intrínsecos.

Silva (1998) afirma que a pele seca e com elasticidade diminuída torna-se susceptível às rupturas devido a sua baixa tolerância à fricção e à pressão. Todavia uma pele excessivamente úmida também não é desejável, pois a exposição prolongada da pele à umidade pode levar à maceração, tornando-a frágil, o que representa um risco para a formação de UPP. Fernandes (2000) declara que, na presença de umidade, ocorre um risco não só ao desenvolvimento de UPP, mas também o surgimento de infecções devido a um crescimento maior de bactérias. A umidade pode ser decorrente do próprio suor do indivíduo, de eliminações vesicais ou intestinais, drenagem de feridas ou restos alimentares.

Anselmi et al. (2009) dizem que a imobilidade é entendida como a incapacidade do indivíduo em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais e à inabilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo promovendo a circulação e que a alteração da sensibilidade implica no nível de consciência do indivíduo que reflete na sua capacidade

em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las.

Para colaborar na prevenção de UPP e dar subsídios para que os enfermeiros pudessem indicar, mais objetivamente, quais os pacientes que correm risco para desenvolvê-las, vários pesquisadores elaboraram escalas para predizer o risco para sua formação. Entre as mais citadas está a de Braden, tendo sido adaptada e validada para língua portuguesa no Brasil (PARANHOS, 1999).

Na escala de Braden, das seis sub escalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão, são elas: Percepção sensorial, referente à capacidade de reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão; Atividade: avalia o grau de atividade física; e Mobilidade: refere-se à capacidade em mudar e controlar a posição do corpo; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão, que são: Umidade: refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade; Nutrição: retrata o padrão usual de consumo alimentar e Fricção e Cisalhamento: retrata a dependência para mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção (BRADEN, 1987 apud SOUSA et al., 2006).

As cinco primeiras sub escalas (percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade e nutrição) são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta sub escala (fricção e cisalhamento) é pontuada de 1 a 3. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. Uma contagem de pontos baixa, na escala de Braden, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão. Ao fim da avaliação chega-se a uma pontuação, que nos diz que: Abaixo de 11= Risco Elevado, 12–14 = Risco Moderado, 15–16 = Risco Mínimo (BRADEN, 1987 apud SOUSA et al., 2006).

Ferreira e Calil (2001) dizem que para o planejamento e implementação de estratégias terapêuticas é importante também que o diagnóstico das úlceras por pressão seja realizado por meio de métodos visuais que as classificam em categorias.

De acordo com a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), as UPP's podem ser classificadas em categorias pelo grau de danos observados nos tecidos. Sendo 4 as categorias: Categoria I: caracteriza-se por eritema da pele que não embranquece após a remoção da pressão; Categoria II: distingue-se pelas perdas parciais da pele que envolve a epiderme, derme ou ambas, é superficial e apresenta-se como uma abrasão, bolha

ou cratera rosa; Categoria III: diferencia-se pela perda da pele na sua espessura total, envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar e Categoria IV: caracteriza-se pela perda da pele na sua total espessura com extensa destruição ou necrose dos músculos, ossos ou estruturas de suporte como tendões ou cápsulas das articulações (RABEH; CALIRI, 2002).

Para que possa ser avaliada a evolução das úlceras por pressão é necessário complementar a avaliação do seu estadiamento, com a medição das suas dimensões (comprimento x altura=cm<sup>2</sup>) (ROCHA; BARROS, 2007).

No que diz respeito à prevenção de UPP, Figueiredo et al. (1999) dizem que a enfermagem tem papel fundamental. O cuidado de enfermagem às úlceras por pressão abrangem intervenções relacionadas ao acompanhamento integral do paciente em risco de adquirir a lesão, por meio da utilização de escalas de predição de risco, conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde. Isso somado ao estudo da incidência e prevalência das UPP's possibilita a determinação da extensão do problema nas unidades de saúde para construção de estratégias de prevenção, direcionando as condutas por meio da demonstração da realidade do portador da lesão (MEDEIROS et al. 2009).

O tratamento das úlceras por pressão deve ser implementado quando as medidas preventivas não forem suficientes, podendo ser: Sistêmico: com a melhoria do estado nutricional e redução da infecção; Conservador: realizado no início do aparecimento das lesões e o Tratamento local: onde inclui a limpeza cirúrgica, curativos e coberturas (MEDEIROS et al., 2009). O tratamento cirúrgico é realizado diante de lesões em categoria adiantada com risco de graves complicações. As modalidades mais comuns são enxerto de pele, desbridamento e reconstrução plástica, procedimentos que necessitam de suporte pós-operatório e controle de infecção (SORESEN et al, 2004 apud MEDEIROS et al., 2009). Outras medidas de tratamento preconizam o desbridamento, a limpeza da lesão, utilização de soluções, pomadas, curativos industrializados e terapias coadjuvantes (MEDEIROS et al., 2009).

Oliveira (2001) afirma que é necessária a avaliação individual de cada paciente portador de úlcera por pressão para que sejam adotadas as medidas profiláticas compatíveis com os fatores extrínsecos e intrínsecos atuantes e que não existe um único curativo apropriado para todas as úlceras, sendo importante que se conheça a característica tanto das úlceras como dos distintos curativos para eleger corretamente o mais apropriado.



A prevenção e tratamento das UPP's merecem atenção individualizada, embasada no conhecimento científico, evidências, estudos e novas abordagens baseadas no trabalho de equipe e acompanhamento intensivos (RABEH; CALIRI, 2002).

A úlcera por pressão, tanto em pacientes que recebem cuidados no domicílio como aqueles internados em instituições hospitalares, ainda se constitui um problema importante no processo de atenção à saúde e de enfermagem por afetar a qualidade de vida, aumentar o tempo de internação além de elevar os custos (ROCHA; BARROS, 2007).

Rocha et al. (2006) dizem que para a adoção de medidas preventivas adequadas e implementação de uma estratégia terapêutica atempada é fundamental uma precoce e regular avaliação do risco de desenvolver uma úlcera por pressão.

De acordo com Ribeiro (1999), cerca de 95% das UPP's são evitáveis, o que torna imprescindível utilizar todos os meios disponíveis para realizar uma eficaz prevenção e tratamento das UPP's já estabelecidas. Destacando-se assim, nesse contexto, o papel da enfermagem, pois esta possui ações determinantes na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

### ***3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM AS ÚLCERAS POR PRESSÃO***

Rabeh (2001) salienta que desde o período de atuação de Florence Nightingale a ocorrência das UPP's possui conotação negativa, figurando-se como falhas no processo de cuidar ou como assistência prestada de forma inadequada.

Nightingale (apud RABEH, 2001) afirmava que “se o enfermo apresentava úlceras de decúbito, geralmente não era devido a doenças, mas à enfermagem”.

Oliveira (2001) diz que em razão de existir, na atualidade, inúmeras medidas preventivas para o problema, bem como uma variedade de inovações tecnológicas terapêuticas, considera o aparecimento das UPP's como iatrogenias secundárias a falhas no processo de cuidar.

Rangel et al. (1999) destacam que a prevenção das UPP's é de total responsabilidade das enfermeiras, e que estas, antes de serem designadas para cuidar, deveriam ser treinadas, primeiramente, para prevenir a formação das úlceras de pressão.

Por outro lado, Rabeh e Caliri (2002) diz que a UPP não é responsabilidade exclusiva da enfermagem devido à natureza multifatorial da sua ocorrência. Figueiredo et al. (1996) ainda reiteram que a prevenção da UPP é uma ação fundamental dos profissionais da enfermagem e que esta necessita de ancoragem e apoio de ações multidisciplinares.

Carvalho et al. (2007) acreditam que o fator contributivo para que a responsabilidade da UPP fosse projetada apenas nos profissionais de enfermagem esquecendo dos demais fatores que desencadeiam o processo, fosse a presença ininterrupta da equipe de enfermagem na assistência direta ao paciente.

Entre as intervenções preventivas da enfermagem quanto a UPP, Rogenski e Kurcgant (2012) traz a avaliação diária da pele do paciente e, em presença de hiperemia, mudar o decúbito e reavaliar após 30 minutos. Não desaparecendo a hiperemia, constatar UPP em categoria I e instituir condutas, como: promover mudança de decúbito de 2/2 horas ou mais frequentemente, se necessário; manter colchão pneumático no leito dos pacientes de risco; evitar posicionar o paciente diretamente sobre os trocânteres; mantê-lo a 30° (posição lateral) com auxílio de travesseiros e coxins; mudar a posição do paciente com cuidado, evitando atrito, para prevenir lesões na pele fragilizada; elevar a cabeceira da cama no máximo até 30° se a condição clínica do paciente permitir e pelo menor tempo possível.

Além disso, solicitar à nutricionista suporte nutricional para os pacientes identificados como “alto risco” (escore de Braden menor ou igual a 11); proteger as áreas de proeminências ósseas com travesseiros ou coxins; manter o calcâneo elevado, com auxílio de coxim próprio; minimizar a exposição da pele à umidade causada por incontinência, transpiração ou drenagem de fluidos; limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina; evitar uso de água quente e excessiva fricção durante o banho; utilizar um agente suave para o banho (sabonete glicerina) que minimize a irritação e não resseque a pele; utilizar emoliente suave, imediatamente, após o banho, para a proteção e hidratação da pele (ácidos graxos essenciais - AGE) nos pacientes idosos e/ou com pele ressecada.

Como também, evitar o uso de fita adesiva sobre pele frágil; usar protetor de pele antes de colocar a fita adesiva; não massagear áreas com hiperemia, devido ao risco de

rompimento de vasos nos tecidos subjacentes; evitar massagear áreas de proeminências ósseas; não fazer uso de almofadas tipo donuts ou anel, que poderão aumentar a área de isquemia; reposicionar o paciente a cada hora, quando estiver sentado; proteger o assento da cadeira com almofada redutora de pressão; observar e considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso e estabilidade quando posicionar o paciente em cadeira de rodas; orientar os pacientes usuários de cadeiras de rodas a realizar alívio da pressão a cada 15 minutos; orientar o paciente e familiares sobre as medidas preventivas de cuidado.

Ainda dentre as medidas preventivas, Anselmi et al. (2003) e Medeiros et al. (2009) destacam a avaliação e monitoramento do estado nutricional e ingestão hídrica, avaliação do grau de risco com individualização da assistência, como a confecção de um protocolo para a prevenção de UPP, registro das alterações na pele do paciente seguindo os estágios de classificação das úlceras por pressão proposto pela NPUAP, tratamento precoce da pele a fim de prevenir a lesão através da manutenção e melhoria da tolerância tecidual à pressão, tratamento de incontinências, monitoramento e documentação das intervenções e resultados obtidos, criação e fornecimento de um programa de ensino para pacientes de risco em longo prazo e para as pessoas que tomam conta deles.

Sousa et al. (2006) ressaltam a necessidade da utilização de instrumentos para predição do risco de desenvolvimento de UPP como medida preventiva, tal como a de Braden, pois permite uma sistematização do cuidar de enfermagem em termos de UPP. As escalas de risco são úteis, por trazerem benefícios na avaliação sistemática do paciente, devendo ser esta uma avaliação regular e não limitada apenas à admissão do paciente (DEALEY, 1992).

Carvalho et al. (2007) dizem que os indivíduos em risco de desenvolver UPP devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez ao dia, priorizando as regiões de proeminências ósseas.

Sendo assim, constitui-se como práticas diárias de caráter preventivo da enfermagem a detecção precoce, bem como, o impedimento do surgimento da UPP, abordando aspectos como o cuidado com a integridade da pele e higiene, uso de emolientes para hidratação, posicionamento no leito, dieta rica em proteínas e vitaminas aos primeiros sinais de UPP, utilização de dispositivos para incontinência urinária e reeducação vesical.

Carvalho et al. (2007) ainda reafirmam a necessidade de individualização da assistência com base no exame físico detalhado do paciente, pois este constitui parte imprescindível da avaliação de enfermagem, permitindo a aquisição de informações importantes sobre o paciente, com a finalidade de orientar e planejar a assistência.

Edlich et al. (2004) apud Medeiros et al. (2009) destacam, entre as intervenções de enfermagem, a elaboração de programas de reabilitação, realização de pesquisas de enfermagem e conhecimento da prevalência de UPP nos serviços de saúde no Brasil.

Está comprovado que o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes com úlcera por pressão deve envolver também conhecimento dos aspectos políticos e custos financeiros do tratamento destinado às lesões, além das alterações psicológicas e emocionais, complicações decorrentes da infecção e internação prolongada (MEDEIROS et al. 2009).

Considerando a UPP como um indicador da qualidade da assistência de enfermagem, Cremasco et al. (2009) ressaltam a importância de se considerar a carga de trabalho da enfermagem como um fator importante no seu desenvolvimento, visto que esta tem implicações diretas na qualidade da assistência prestada ao paciente, como também, na qualidade de vida dos profissionais.

As UPP's são consideradas problema de grandes repercussões, tanto para o enfermo quanto para os seus familiares e instituições prestadoras de cuidados. Por isso é imprescindível a atuação dos profissionais da saúde para prevenir essas feridas, adotando medidas profiláticas fundamentadas em conhecimentos científicos, pois é sabido que um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia e também da realidade em que o paciente encontra-se inserido (CARVALHO et al. 2007).

### ***3.4 O IDOSO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS***

Com o aumento da população idosa, torna-se necessário a existência da implantação e/ou reformulação de políticas públicas adequadas para assegurar os direitos desse público etário. Para Minayo (2012) “a revolução demográfica brasileira constitui uma conquista e requer responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade”.

Nesse sentido, foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pela Lei Federal 8.842, que assegura os direitos sociais à

pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade além de reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Essa política entra em parceria com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990 que regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde em que todos devem e tem direito à saúde, trazendo como diretrizes: a promoção de um envelhecimento ativo e saudável; atenção integralizada à saúde do idoso; ações intersetoriais para integrar a atenção; recursos que assegurem a qualidade de vida; participação e o fortalecimento do controle social; capacitação e educação dos profissionais atuantes no SUS em saúde do idoso; divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para os profissionais, gestores e o usuários do SUS; promoção à cooperação nacional e internacional das experiências quanto à atenção à pessoa idosa; e apoio a estudos e pesquisas na área da saúde e atenção à pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso, de 1º de outubro de 2003, (Lei nº 10.741), exerce papel importante quanto a proteção da população idosa brasileira, considerando suas demandas, suas vulnerabilidades e, acima de tudo, seus direitos humanos, representando um grande avanço da sociedade brasileira. Nesse contexto, pode-se citar o Art. 3º onde diz que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

O Art. 9º fala do direito ao envelhecimento saudável, onde diz que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003).

O Estatuto no Art. 15º preconiza um fator importante quanto às doenças que afetam a pessoa idosa:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Ainda no Art. 15º, no § 1º, sobre a efetivação da prevenção e a manutenção da saúde do idoso, traz no IV, o “atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que

dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover [...] nos meios urbano e rural” (BRASIL, 2003).

Com o objetivo de disseminar os direitos assegurados das pessoas idosas neste marco legal a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e o Ministério da Previdência Social, reeditam o Estatuto do Idoso como uma ferramenta de empoderamento para que a sociedade, os familiares e, principalmente, os idosos brasileiros possam conhecer e reivindicar os seus direitos (BRASIL, 2011).

### ***3.5 ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA***

Com o aumento da expectativa de vida, melhoria nas condições de vida e queda nas taxas de natalidade, muitas mudanças têm se dado no que tange as necessidades de saúde, ampliando, conseqüentemente, os problemas sociais e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde adequadas (MENDES, 2001).

As transições epidemiológicas e demográficas causaram mudanças na sociedade que apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível garantir, não só o direito à saúde, mas também lidar de forma mais eficiente e eficaz com as necessidades de saúde resultantes desse cenário (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com Brasil (2012), à medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. Assim, o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio.

Desse modo, a assistência domiciliária (AD) tem como eixo principal a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir do apoio às equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização (BRASIL, 2012).

Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação

prestadas em domicílio, de modo a garantir a continuidade de cuidados integrados às Redes de Atenção à Saúde, constituindo-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2011).

## **4. METODOLOGIA**

### ***4.1 TIPO DE ESTUDO***

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório descritivo.

A pesquisa quantitativa permite a análise numérica dos dados coletados. Fonseca (2002, p. 20) esclarece que: “como as amostras geralmente são [...] consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa”.

Para Gerhardt (2009), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e permitindo construir hipóteses. E de acordo com Triviños (1987), a pesquisa descritiva trata-se de estudo que pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade.

### ***4.2 LOCAL DO ESTUDO***

A pesquisa foi realizada no município de Aparecida, localizado às margens da BR 230 no alto sertão do estado da Paraíba, ocupando uma área territorial de 295,705 km<sup>2</sup>. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o município consta com uma população de 7.676 habitantes, com uma estimativa para 2014 de 8.174 habitantes.

Os dados foram coletados na área de abrangência da Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira, em Aparecida – PB. Inaugurada em meados de 2003, está localizada na Rua Francisco Batista, no bairro Centro, Aparecida – PB. Sob a supervisão da Enfermeira Eveline Meneses e uma equipe formada por médico, técnicos de enfermagem, odontólogo, técnico em saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, porteiro e oito agentes de saúde. O horário de atendimento é das 7h às 11h e das 13h às 17 h, de segunda à sexta, exceto feriados.

### ***4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA***

A população do estudo é constituída pelos idosos residentes e cadastrados na área de abrangência da Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira, em Aparecida - PB. Para



Marconi e Lakatos (2010, p. 223) “população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

A amostra é composta por 15 idosos que estão restritos ao leito ou à cadeira. Para a seleção da amostra, foi considerado os seguintes critérios de inclusão: idosos, com idade de 60 anos ou mais, que estejam cadastrados como usuários da Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira, estejam restritos ao leito ou à cadeira e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), em caso da incapacidade de resposta pelo idoso, as perguntas serão feitas ao responsável que se encontra com ele no momento da pesquisa. Ainda de acordo com Marconi e Lakatos (2010), a amostra é uma parte representativa de um todo (população) de forma a inferir de forma legítima sobre o resultado da população total.

#### ***4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS***

O instrumento de coleta de dados consiste em um questionário contendo perguntas referentes: aos dados sociodemográficos: data de nascimento, idade, sexo, etnia, escolaridade, situação conjugal e renda familiar; ao cuidador principal e as orientações recebidas quanto as UPP's; as características da úlcera por pressão (quando presente): quanto ao número e localização; ao perfil clínico do idoso; ao fator que causou a restrição da mobilidade, bem como o tempo de restrição ao leito ou à cadeira (APÊNDICE A), elaborados pela pesquisadora. A coleta de dados consiste na etapa em que várias informações são coletadas, onde estas serão posteriormente confrontadas por meio do modelo de análise (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Os dados foram coletados durante o mês Julho de 2015, através de visita domiciliar aos idosos que atenderam aos critérios de inclusão.

#### ***4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS***

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários formaram um banco de dados, que segundo Korth (1994), um banco de dados “é uma coleção de dados inter-relacionados, representando informações sobre um domínio específico”.

A análise de estatística foi realizada através do pacote estatístico Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS). O SPSS é um sistema de análises estatísticas e manuseamento de dados que pode ser utilizado por aqueles que desejam trabalhar com uma abordagem quantitativa visando estabelecimento de padrões e tendências de comportamento amostral relacionadas a uma população específica (MEIRELLES, 2014).

#### ***4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA***

A pesquisa obedeceu às diretrizes da Resolução N° 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da regulamentação da pesquisa com seres humanos. Para a sua realização, também foi realizada a solicitação de autorização do estudo junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Aparecida - PB.

A coleta de dados foi realizada mediante a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, testificada pela assinatura do Termo de Anuência (ANEXO A). Será mantido por parte do pesquisador a privacidade e o sigilo das informações coletadas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 15 idosos, cadastrados na Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira em Aparecida - PB, com idade a partir de 60 anos e que estavam restritos ao leito ou à cadeira. A escolha dessa faixa etária, associada à restrição da mobilidade, como alvo do estudo, se deu pelo motivo de a idade avançada ser um dos principais fatores envolvidos na fisiopatogênese da úlcera por pressão, principalmente quando associada a condições mórbidas, entre elas as de imobilidade (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Os resultados serão apresentados a partir dos dados obtidos através de questionários que buscou identificar o perfil sociodemográfico dos idosos, o cuidador principal e as orientações recebidas sobre as úlceras por pressão, as características da úlcera por pressão quanto ao número e localização, o perfil clínico do entrevistado e o fator ou fatores que causaram a restrição da mobilidade, bem como o tempo de restrição ao leito ou à cadeira.

Na tabela 1 apresentam-se dados referentes ao perfil sociodemográfico da amostra em relação ao sexo, faixa etária, etnia, escolaridade, situação conjugal e renda familiar.

**Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico – Aparecida-PB, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	04	27,0
<b>Feminino</b>	11	73,0
<b>Total</b>	15	100,0
<b>Faixa etária</b>		
<b>66 anos a 70 anos</b>	02	13,0
<b>71 anos a 80 anos</b>	03	20,0
<b>81 anos a 90 anos</b>	06	40,0
<b>91 anos a 98 anos</b>	04	27,0
<b>Total</b>	15	100,0
<b>Etnia</b>		
<b>Branca</b>	05	33,0
<b>Parda</b>	09	60,0
<b>Negra</b>	01	7,0
<b>Total</b>	15	100,0
<b>Escolaridade</b>		
<b>Analfabeto</b>	10	67,0
<b>Alfabetizado</b>	05	33,0

<b>Total</b>	15	100,0
<b>Situação conjugal</b>		
<b>Solteiro (a)</b>	02	13,0
<b>Casado (a)</b>	05	34,0
<b>Viúvo (a)</b>	08	53,0
<b>Total</b>	15	100,0
<b>Renda familiar/Salário mínimo</b>		
<b>Até 01</b>	06	40,0
<b>02</b>	05	33,0
<b>03 ou mais</b>	04	27,0
<b>Total</b>	15	100,0

FONTE: Protocolo da Pesquisa, 2015

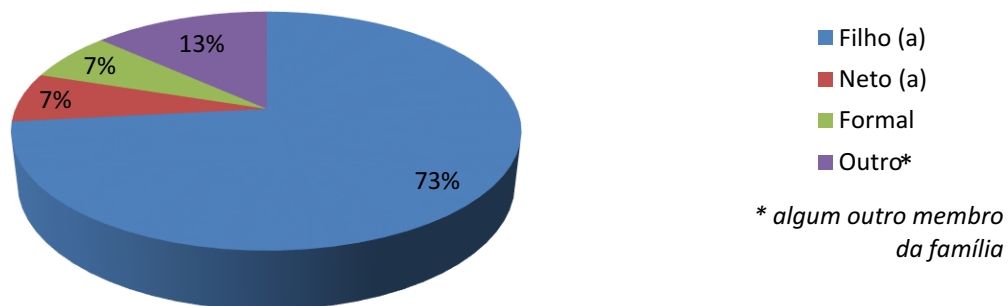
A população do estudo variou de 66 a 98 anos, com idade média de 83,2 anos. Quanto ao sexo, 11 (73,0) eram mulheres. Esse dado coincide com os achados na literatura. Em um estudo realizado por Melo (2012) sobre a prevalência de úlcera por pressão em idosos num serviço de atendimento domiciliar, onde dos 194 idosos acamados que fizeram parte do estudo, 135 (69,3%) eram do sexo feminino. De acordo com Camarano (2002), a prevalência do sexo feminino é explicada pelo fato de, no Brasil, as mulheres terem uma sobrevivência maior que os homens.

Quanto à cor/etnia, a maior parte se autodeclarava parda (60,0), enquanto 33,0 branca e 7,0 negra. Quanto ao nível de escolaridade, 10 (67,0) eram analfabetos. No que se refere à situação conjugal, 8 (53,0) eram viúvos, seguido por 5 (34,0) casados e 2 (13,0) solteiros. Freitas et al. (2011) destacam a importância de alguns fatores, como o nível de escolaridade e o estado civil, como meio de verificar como o aspecto educativo, a vida social e os aspectos emocionais podem influenciar nos indicadores de saúde da população idosa e, por conseguinte, em sua tendência para o adoecimento e perda da capacidade funcional. Quanto a renda familiar, 6 (40,0) recebem até 1 salário mínimo, enquanto 5 (33,0) recebem até 2 e 4 (27,0) recebem 3 ou mais salários mínimos.

De acordo com Trad (2002), as condições socioeconômicas são um dos fatores que implicam na dificuldade do tratamento de idosos, como também, a existência de um quadro de múltipla morbidade em que as enfermidades interferem entre si. Porém, com a implantação do SUS e a ordenação da rede básica e da estratégia da saúde da família, tornou-se possível um maior acesso aos serviços de saúde, bem como a informação.

Em relação ao cuidador principal, a maioria era cuidada pelos filhos, 11 (73,0), 1 (7,0) pelos netos, 1 (7,0) por um cuidador contratado e 2 (13,0) por outros.

## Cuidador Principal



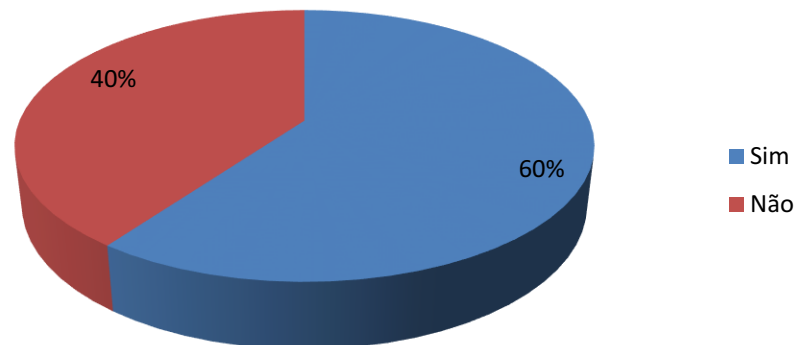
**Gráfico 1: Distribuição percentual de acordo com o cuidador principal**

Fonte: Protocolo da pesquisa, 2015

Herédia, Casara e Cortelletti (2007) diz que, no Brasil, a família é fonte de apoio informal aos idosos e que devido ao aumento da expectativa de vida identifica-se a existência de uma rede familiar de apoio aos pacientes para o cuidado domiciliário. Isso possibilita um maior tempo de convívio familiar entre as gerações, onde acaba ocorrendo uma superposição e transferência dos papéis no cuidado, em que os membros se ajudam na busca de um bem-estar coletivo.

Dos 15 idosos participantes da pesquisa e seus respectivos cuidadores, destes, 9 (60,0) referiram ter recebido qualquer orientação quanto às UPP's. As orientações recebidas restringiram-se apenas à mudança de decúbito de 2 em 2 horas.

## Cuidador Principal



**Gráfico 2: Distribuição percentual de acordo com as orientações recebidas pelos cuidadores sobre as úlceras por pressão**

Fonte: Protocolo da Pesquisa, 2015

Na tabela 2 apresentam-se dados referentes às características das úlceras por pressão quanto à prevalência, ao número e localização.

**Tabela 2 - Características da Úlcera por Pressão – Aparecida-PB, 2015.**

Variáveis	Freq.	(%)
<b>Presença de úlcera por pressão</b>		
Sim	04	27,0
Não	11	73,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
<b>Número de úlceras por pressão</b>		
Até 03	03	75,0
> 03	01	25,0
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>100,0</b>
<b>Localização das úlceras por pressão</b>		
Sacra	03	22,0
Maléolo lateral	03	22,0
Calcâneo	02	14,0
Trocânter	02	14,0
Inferior da perna	02	14,0
Escápula	01	7,0

<b>Lateral do joelho</b>	01	7,0
<b>Total</b>	14	100,0

FONTE: Protocolo da Pesquisa, 2015

O índice de prevalência de idosos com UPP foi 27,0, considerando que, dos 15 idosos, quatro apresentavam UPP. Os quatro idosos tinham, em média, 3,5 UPP's, somando um total de 14 lesões. O índice de prevalência de pacientes com UPP em um estudo realizado por Chayamiti e Caliri (2010) foi de 19,1%, com uma média de 1,88 UPP e um total de 17 lesões. Quanto à localização anatômica, as regiões de maior frequência foram a sacra (22,0) e maleolar (22,0), enquanto as regiões de menor prevalência foram a escapular (7,0) e lateral do joelho (7,0). A região sacra (70,0) e maleolar (25,0) também foram as regiões anatômicas de maior prevalência encontradas em um estudo realizado por Pessoa, Rocha e Bezerra (2011) com pacientes sob assistência domiciliária em uma Estratégia de Saúde da Família.

Na tabela 3 apresentam-se os dados referentes ao perfil clínico dos idosos. Os dados clínicos encontrados durante a coleta foram variados, por isso, considerou-se mais didático reuni-los em categorias, sendo elas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doenças Degenerativas e Outras.

**Tabela 3 – Dados Clínicos – Aparecida-PB, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>
<b>Doenças encontradas</b>		
<b>HAS</b>	13	87,0
<b>DM</b>	10	67,0
<b>AVE</b>	05	33,0
<b>HAS/DM</b>	10	67,0
<b>HAS/DM/AVE</b>	04	27,0
<b>Doenças degenerativas</b>	04	27,0
<b>Outras*</b>	04	27,0
<b>Fator que causou a restrição da mobilidade</b>		
<b>A própria doença</b>	10	67,0
<b>Amputação do MI</b>	02	13,0
<b>Idade Avançada</b>	02	13,0
<b>Fratura do MI</b>	01	7,0
<b>Total</b>	15	100,0
<b>Tempo de restrição ao</b>		

<b>leito ou à cadeira</b>		
<b>9 meses a 1 ano</b>	03	20,0
<b>2 anos a 4 anos</b>	05	33,0
<b>5 anos a 7 anos</b>	05	33,0
<b>8 anos a 10 anos</b>	01	7,0
<b>35 anos</b>	01	7,0
<b>Total</b>	15	100,0

FONTE: Protocolo da Pesquisa, 2015 \*Nefropatias; Deficiências Visuais

De acordo com a tabela, as doenças de maior prevalência, dos 15 idosos entrevistados, foram a HAS e DM, com respectivamente, 13 (87,0) e 10 (67,0), seguido do AVE, 5 (33,0), doenças degenerativas, 4 (27,0) e outras doenças (27,0). Consoante, percebeu-se que todos os idosos que apresentavam diabetes *mellitus*, apresentavam também hipertensão arterial sistêmica, (DM/HAS – 67,0). Destes, 4 ainda associaram o AVE, (HAS/DM/AVE – 27,0). Esses dados corroboram com um estudo realizado por Freitas et al. (2011) sobre a prevalência e fatores de risco de úlcera por pressão em idosos, onde as doenças de maior prevalência foram a HAS (74,3) e o AVE (60,0) e, em seguida, o *diabetes mellitus* com 25,6.

Essas condições de adoecimento são conhecidas como Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's). De acordo com Brasil (2011), as DCNT's são doenças resultantes de diversos fatores que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, sendo a velhice uma fase na qual se possui tendência às DCNT's. São também consideradas fatores contribuintes para o desenvolvimento das UPP's, pois causam complicações que levam o indivíduo a graus variáveis de incapacidades, até invalidez permanente.

De acordo com Alves et al. (2007) o envelhecimento da população causou um aumento da prevalência das DCNT's, que exigem cuidados e tratamento contínuo. Esse tipo de acometimento exerce uma forte influência na capacidade funcional do idoso gerando importantes consequências para a família, a comunidade e o sistema de saúde, onde, segundo Shephard (2003), a categorização funcional do idoso depende da idade, do sexo, estilo de vida, saúde, fatores socioeconômicos e influências constitucionais.

Para a maior parte dos idosos, 10 (67,0), o fator que causou a restrição da mobilidade foi a própria doença, seguido da idade avançada, 2 (13,0), amputação do MI, 2 (13,0) e fratura do MI, 1 (7,0). Identificou-se que o tempo de restrição ao leito ou a cadeira variou de 9 a 420 meses, com moda de 78 meses ou 6 anos e 5 meses. Esses dados se aproximam dos dados



encontrados em um estudo sobre úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar realizada por Chayamiti e Caliri (2010), em que mostrou que o principal fator causador da restrição da mobilidade foi também a própria doença (48,9) e que o tempo de restrição ao leito ou a cadeira teve uma variação de 15 dias a 480 meses, com moda de 72 meses ou 6 anos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento populacional e as diversas modificações biológicas, estruturais e funcionais que acometem o indivíduo idoso, as UPP's são complicações com alta prevalência nessa população. Isso nos aponta a necessidade urgente de se estabelecer programas abrangentes e eficientes quanto à prevenção e tratamento dessas lesões visto os efeitos deletérios que elas causam, afetando o indivíduo enquanto ser biopsicossocial.

O presente estudo permitiu identificar a prevalência de úlcera por pressão nos idosos cadastrados na Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira, em Aparecida - PB, como sendo de 27%. A faixa etária prevalente foi de 81 a 90 anos de idade, com predominância do sexo feminino. Com relação aos demais dados coletados na pesquisa, a localização anatômica de maior ocorrência da UPP foi a sacro e maleolar, dentre as doenças prevaleceram a HAS, DM e AVE, sendo a própria doença o principal fator causador da restrição da mobilidade, que teve uma variação de 9 a 480 meses. Identificou-se também a necessidade de intervenção educativa junto a esta população, familiares e cuidadores quanto aos cuidados com a pessoa idosa no que diz respeito ao conhecimento de fatores predisponentes, prevenção e tratamento dessas lesões. A atenção primária à saúde tem papel elementar na promoção da saúde, portanto, torna-se necessário a capacitação permanente dos profissionais envolvidos na assistência domiciliar, bem como a socialização desse conhecimento junto à comunidade.

É na velhice onde se observa os maiores índices de incidência e prevalência das DCNT's, sendo atualmente consideradas um sério problema de saúde pública. Isso se dá pelas debilidades adquiridas pelo próprio processo de envelhecimento, mas principalmente pela adoção de hábitos de vida não saudáveis ao longo dos anos, o que leva o indivíduo a uma diminuição progressiva da sua funcionalidade e comprometimento de sua mobilidade, sendo estes, um dos principais fatores envolvidos na fisiopatogênese das UPP's. Desse modo, a assistência domiciliar surge como uma reformulação do modelo de atenção à saúde como resposta as necessidades de saúde encontradas a partir das transições demográficas e epidemiológicas que configuram o novo cenário brasileiro.

Estudos como esse nos possibilita uma descrição das características epidemiológicas, demográficas e funcionais do grupo participante, servindo-nos como um recurso útil e prático no conhecimento da realidade dessa população, bem como uma ferramenta para implantação e

implementação de ações sistematizadas voltadas ao cuidado com a pessoa idosa, além de favorecer um cuidado pautado em métodos científicos dando maior credibilidade a enfermagem enquanto ciência.

Partindo do princípio organizativo do SUS, a descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde, parte do pressuposto de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde, reconhecendo, assim, o município como o principal responsável pela saúde da população. Portanto, o presente estudo, por meio do estudo de prevalência, permite um conhecimento sobre as necessidades e realidade locais, permitindo aos gestores municipais exercer com autonomia suas funções na promoção das ações de saúde prestadas aos seus munícipes.

A produção dessa pesquisa serve como um alerta às autoridades, gestores e profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, que lida diretamente com o cuidado, quanto à existência real das UPP's como uma complicação prevalente na velhice. Com isso, busca-se contribuir para o aperfeiçoamento da atuação da equipe de saúde e uma maior reflexão quanto a essa problemática, apontando caminhos e buscando soluções, visando a diminuição na incidência e prevalência dessas lesões e consequente melhora na qualidade de vida dessa população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVLHO, M.S.V.; GODOI, A.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L. & LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007;23(8): 1924-30.

ANSELMÍ, M. L.; PEDUZZI, M.; JÚNIOR, I. F. Estudo da incidência de úlcera de pressão segundo cuidado de enfermagem. *Formação*. 2003;(7):57-72.

ANSELMÍ, M. L.; PEDUZZI, M.; JÚNIOR, I. F. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. 2009;22(3):257-64

BARRETO ML.; CARMO EH. **Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos**. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: evolução do país e suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo; 2000.

BISPO, N. N. C.; DIAS, A. F.; LAUREANO, F. Z.; LAFAYETTE, K. C. S.; ZACARIAS, L. C. Incidência de úlceras por pressão em residentes de uma instituição de longa permanência. **UNOPAR Cient Biol Saúde**. 2002;4(1):45-8.

BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(2): 182-7

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Banco de dados: cidades**. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250077&search=||infoogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em 15 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 25 ISBN 978-85-240-4082-5 Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. vol. 1, Brasília-DF, Editora MS – OS 2012/0418,2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acessado em: 04/05/2015

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acessado em: 04/05/2015

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República. **Pessoa Idosa**. Nov. 2011. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/programas/politica-nacional-do-idoso-e-o-estatuto-do-idoso>. Acessado em: 04/05/2015

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994** 1ª edição Brasília Reimpresso em maio de 2010.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. (Texto para discussão, 858).

CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. **Psicologia.com.pt** O portal dos Psicólogos, 2007.

CARDOSO, M. C. S.; CALIRI, M. H. L.; HASS, V. J. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. **REME Rev Min Enferm**. 2004;8(2):316-20.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. 2003;19(3): 725-33.

CARVALHO, L. S.; FERREIRA, S. C.; SILVA, C. A.; SANTOS, A. C. P. O.; REGEBE, C. M. C. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.31, n.1, p.77-89 jan./jun. 2007.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. **Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar**. Acta Paul Enferm, 2010.

CONISHI, R. M. Y. **Avaliação dos NAS – Nursing Activities Score - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI geral adulto**. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. p 183.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde Pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública** vol.19 n.3 Rio de Janeiro May. 2003.

COSTA, M. P.; STURTZ, G.; COSTA, F. P. P. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta Ortopédica Brasileira** 2005;13(3):124-33.

CREMASCO, M. F.; WENZEL, F.; SARDINHA, F. M.; ZANEI, S. S. V.; Whitaker, I. Y. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2009;22(Especial - 70 Anos): 897-902.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu; 1992.

DUARTE, V.B.; SANTANA, M.G.; SOARES, M.C.; DIAS, D.G.; THOFEHRN, M.B. A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. 2005;7(1): 42-50.

FARO, A. C. M. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Rev Esc Enferm USP**. 1999;33(3):279-83.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: Uma revisão integrativa da literatura** [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000.

FERREIRA, L. M.; CALIL, J. A. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. **Revista Diagnóstico e Tratamento** 2001;6:36-40.

FIGUEIREDO, C. S. **Mudanças funcionais e cognitivas em idosos no município de Belo Horizonte**. estudo longitudinal. [manuscrito] 2012. 77 f., enc.:il.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; PORTO, I. S. O toque no corpo e a prevenção de escaras. **Revista de Enfermagem da UERJ** 1996:71-80.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREITAS, M. C.; MEDEIROS, A. B. F.; GUEDES, M. V. C.; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F. T.; NOGUEIRA, J. M. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):143-50.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Editora UFGRR. Porto Alegre, 2009.

GONÇALVES; M. T. F. **A úlcera por pressão e o idoso**. Nursing 1996; 9:13-7.

HERÉDIA; V. B. M.; CASARA; M. B.; CORTELLETTI; I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2007;10(1):7-28.

KORTH; H.; SILBERSCHATZ; A. **Sistemas de Bancos de Dados**. Makron Books, 2a. edição revisada, 1994.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. A. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Rev Esc Enferm USP** 2006;40:540-7.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Atlas. 7ª. ed. São Paulo, 2010.

MELO; R. P.; COELHO; A. D. A.; LOPES; M. V. O.; CASTRO; M. E. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Rev. Rene, Fortaleza**. v. 13, n. 3, p. 639-49. 2012.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2012. 28(2): 208-209.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(1):223-8.

MEIRELLES; M. **O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: uma breve introdução**. Pensamento Plural, Pelotas [14]: 65 – 91, janeiro-junho 2014.

NETTO, M.P. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado., M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds.), **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2002.

OLIVEIRA, H. A. D. **Como eu cuido de integridade da pele prejudicada na UTI: estudo de caso**. 2001. Disponível em : <http://www.uff.br/nepae/peleprejudicada.doc>. Acesso em 4 de maio de 2015.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PALÁCIOS, J. **Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice**. In: C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva Vol.1 2a .Ed.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

PARANHOS, W. Y. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Rev. bras. enferm.** vol.56 no.5 Brasília Sept./Oct. 2003.

PESSOA; E. F. R.; ROCHA; J. G. S. C.; BEZERRA; S. M. G. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.1, p.14-18, Jan-Fev-Mar. 2011.

RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão: práticas de graduandos de enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem** 2002;21(2):133-9.

RABEH, S. A. N. **Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem** [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.

RANGEL, E. M. L.; PRADO, K.G.; MACHRY, A. L. Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlcera de pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 1999;7(2):89-90.

RIBEIRO, F. **Feridas e Úlceras Cutâneas**. 1ª Ed, Coimbra: Formasau Formação e Saúde Lda, 1999;210.

ROCHA, A.B.L.; BARROS, S.M.O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm.** 2007;20(2):143- 50.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras por pressão - Intervenções baseadas na evidência. **Acta Med Port** 2006; 19: 29-38

ROGENSKI, N. M. B; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20(2): mar.-abr. 2012.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SANTOS, V. C. G.; CALIRI, M. H. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP\* National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Rev Estima**. 2007;5(3).

SANTOS; V. L. C. G. **Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio**. In: DUARTE; Y. A. O.; DIOGO; M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.

SHEPHARD. R.J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, M. S. M. L. **Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados** [Dissertação]. São José dos Campos (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1998.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 maio-jun; 59(3): 279-84.

SOUZA; D. M. S. T.; SANTOS; V. L. C. G. Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Rev Estima**. 2006;4(1):45.

TRAD, L. A. B. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.7, n.3, p.581-9, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.



VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, 2009;43(3):548-54.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde pública**, out. 2007.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Etnia: ( ) Branco(a) ( ) Preto(a) ( ) Pardo(a) ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Nível de Escolaridade: ( ) Analfabeto(a) ( ) Alfabetizado(a) ( ) Ensino Fundamental ( )

Ensino Médio ( ) Ensino Superior

Situação Conjugal: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

Renda Familiar: ( ) até 01 salário mínimo ( ) 02 salários mínimos ( ) 03 ou mais salários mínimos

CUIDADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

Recebeu alguma orientação quanto às UPP's? ( ) Sim ( ) Não

Quais?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA POR PRESSÃO

Presença de Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não

Número: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS

Doenças encontradas: \_\_\_\_\_

Fator que causou a restrição da mobilidade: \_\_\_\_\_

Tempo de restrição ao leito ou à cadeira: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



Estado da Paraíba  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA**  
Secretaria Municipal de Saúde

---

ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Rayssa Dantas de Araújo, responsável pelo projeto de pesquisa "Prevalência por pressão em idosos sob assistência domiciliária em um município no sertão paraibano", a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFCG), utilize o espaço da Unidade de Saúde da Família I /ESF I, sede do município de Aparecida, com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP.

Aparecida, 28 de abril de 2015

Ricardo Peter Gonçalves Sarmiento  
Secretaria de Saúde  
Matrícula 3706

---

Ricardo Peter Gonçalves Sarmiento  
Secretário de Saúde

## **ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Rayssa Dantas de Araújo, eu sou Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “**PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS SOB ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA EM UM MUNICÍPIO NO SERTÃO PARAIBANO**”.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar a úlcera por pressão em idosos se dá pela mudança na pirâmide populacional, em que ocorre um acelerado crescimento da população idosa, sendo esta o grupo de maior risco para desenvolvimento da úlcera por pressão devido às transformações debilitantes próprias do processo de envelhecimento. O presente estudo justifica-se pelo interesse da pesquisadora pela temática e por existir poucos estudos que buscam conhecer a realidade da população idosa no que diz respeito à prevalência dessas lesões. O objetivo dessa pesquisa é quantificar o número de idosos com úlcera por pressão que estejam sob assistência domiciliária na área de abrangência da Unidade Mista de Saúde Auta Alves Ferreira em Aparecida - PB. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: os dados serão coletados durante o mês de julho de 2015, através de visita domiciliar aos idosos que se enquadrem no objetivo do estudo e após consentimento, do idoso ou responsável, os dados serão coletados através de um questionário. O mesmo consta de 14 questões divididas em 03 grupos que avaliam as características sociodemográficas; as características da úlcera por pressão e as características clínicas. Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa, o sujeito da pesquisa tomará ciência dos princípios éticos quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficência e confidencialidade em que regerão sua participação.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Na realização dessa pesquisa não existe riscos físicos, entretanto, pode gerar ansiedade por parte dos participantes no momento de responder ao questionário. Como benefício podemos destacar a importância do conhecimento sobre úlcera por pressão na população idosa pelas unidades básicas de saúde.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo

em vista que se trata de uma pesquisa composta por questionário que busca identificar a presença de úlcera por pressão.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O (a) Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (a) Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo (a) Sr.(a) na última folha, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para o (a) Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Rayssa Dantas de Araújo certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Rayssa Dantas de Araújo através do telefone (83)8118-9041 ou a professora orientadora Roberta Romero de Miranda Henriques através do telefone (83)9840-0122. Além disso, fui informado (a) em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa.

/ /

---

Nome

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Data

/ /

---

Nome

---

Assinatura do Pesquisador

---

Data



## ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

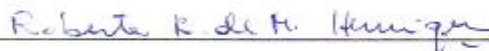
### TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

EU, Roberta Romero de Miranda Henriques, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Rayssa Dantas de Araújo, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pela discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 29 de abril de 2015.



Prof.<sup>a</sup> Me. Roberta Romero de Miranda Henriques

SLAPE Nº 2586021

## ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

EU, Rayssa Dantas de Araújo, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Roberta Romero de Miranda Henriques, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazciras-PB, 29 de abril de 2015.



---

Rayssa Dantas de Araújo

Matricula: 211120075