



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

---

**DIEGO BONIL DE ALMEIDA**

**Caracterização de Lesões por Pressão em  
Pacientes Assistidos por um Programa Domiciliar  
Privado**

**São José do Rio Preto  
2016**

**DIEGO BONIL DE ALMEIDA**

**Caracterização de Lesões por Pressão em  
Pacientes Assistidos por um Programa Domiciliar  
Privado**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de São José do Rio Preto para  
obtenção do Título de Mestre no Curso de  
Pós-graduação Programa de Enfermagem.

**Orientador(a):** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nadia Antonia Aparecida Poletti

**São José do Rio Preto  
2016**

## **Ficha Catalográfica**

Almeida, Diego Bonil.

Caracterização de lesões por pressão em pacientes assistidos por um programa domiciliar./ Diego Bonil de Almeida.

São José do Rio Preto, 2016.

63p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Orientador(a): Profa. Dra. NadiaAntonia Aparecida Poletti

Palavras- Chave: 1. Úlcera por Pressão; 2. Assistência Domiciliar; 3. Tratamento Medicamentoso; 4. Cuidados de Enfermagem

**DIEGO BONIL DE ALMEIDA**

**Caracterização de Lesões por Pressão em  
Pacientes Assistidos por um Programa Domiciliar  
Privado**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE**

**Presidente e Orientador:**

**Profa. Dra. Nadia Antonia Aparecida Poletti**\_\_\_\_\_

**1º Examinador:**

**Profa. Dra. Adriana Pelegrini dos Santos Pereira**\_\_\_\_\_

**2º Examinador:**

**Profª. Drª. Natalia Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki**\_\_\_\_\_

**1º Suplente: Daniela Comelis Bertolin**\_\_\_\_\_

**2º Suplente: Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro**\_\_\_\_\_

**São José do Rio Preto, 06/04/2016.**

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Epígrafe.....	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas e Quadros.....	vi
Lista de Símbolos e Abreviaturas.....	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	x
Resumen.....	xii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.2 OBJETIVOS.....	9
2 MÉTODOS.....	11
3 RESULTADOS.....	13
4 DISCUSSÃO.....	24
5 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	42
ANEXOS.....	45
DIVULGAÇÃO - MANUSCRITO.....	47

*À Deus, pela realização deste tão desejado sonho;*

*Aos meus amados pais, Carlos e Dalice, que com amor incondicional muitas vezes renunciaram aos seus sonhos para que pudessem realizar os meus. Essa minha conquista também é deles;*

*Aos meus companheiros Julio e Ingrid, pelo amor, carinho, paciência e companheirismo. Obrigado por estarem ao meu lado. Amo vocês;*

*As minhas irmãs Fabiana e Gabriella, amigas e companheiras. Sempre me apoiaram nos momentos que mais precisei. Vocês são muito especiais.*

---

*Agradecimento Especial*

*À minha orientadora professora doutora Nadia Antonia Aparecida Poletti, obrigado pelos ensinamentos transmitidos desde os tempos de graduação. Obrigado pelo seu carinho, apoio constante, pela paciência em aceitar minhas limitações e, acima de tudo, por acreditar em mim. A você todo o meu respeito e admiração*

---

*Agradecimentos*

*Aos profissionais que atuam na Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade  
de Medicina de São José do Rio Preto– FAMERP;*

*Às professoras Dra Denise Beretta, Lucia Marinilza Beccaria, Marli de Carvalho  
Jericó e Maria Rita Rodrigues Vieira por participarem da minha qualificação;*

*À Unimed São José do Rio Preto que me apoiou na realização desse estudo;*

*Ao Mauricio Bonatto, pela atenção e disponibilidade no tratamento estatístico  
dos dados desse estudo;*

*Ao Professor Pietro, à Professora Adilia, à Priscila e à Zeli pela correção da  
língua portuguesa, inglesa e normas;*

*À minha querida Marcia Cristina Viana pela presença constante em minha vida,  
que com carinho sempre soube me incentivar e apoiar;*

*A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração e conclusão  
deste trabalho.*

*“O tempo é muito lento para os que esperam  
Muito rápido para os que têm medo  
Muito longo para os que lamentam  
Muito curto para os que festejam  
Mas, para os que amam, o tempo é eterno.”*

(Henry Van Dyke)

- Figura 1.** Distribuição das LPs no período de 1998 a 2008. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015..... 15
- Figura 2.** Configuração das variáveis avaliadas no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015..... 23

---

<b>Quadro 1.</b>	Measure: um sistema de avaliação da ferida.....	7
<b>Tabela 1.</b>	Frequência de LP entre 1998 e 2008.São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	14
<b>Tabela 2.</b>	Percentuais referentes à caracterização amostral. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	16
<b>Tabela 3.</b>	Frequência da média de idade e do tempo de internação. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	17
<b>Tabela 4.</b>	Caracterização das LPs dos pacientes avaliados segundo: local, estágio, cicatrização e terapia tópica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	18
<b>Tabela 5.</b>	Frequência da idade e do tempo de internação em relação à localização das lesões por pressão.....	20

---

*Lista de Símbolos e Abreviaturas*

<i>AD</i>	- Assistência Domiciliar
<i>AHCPR</i>	- Agency for Health Care Policy and Research
<i>AGE</i>	- Ácidos Graxos Essenciais
<i>AVE</i>	- Acidente Vascular Encefálico
<i>HA</i>	- Hipertensão Arterial
<i>MCA</i>	- Análise de Correspondência Múltipla
<i>LP</i>	- Lesão por Pressão

**Introdução:** A assistência domiciliar (AD), também chamada de *home care*, pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Uma das complicações mais comuns na AD são as lesões por pressão. Dessa forma o problema central da pesquisa é “como estão caracterizados os pacientes portadores de lesões por pressão em um serviço privado de AD? ”Sob essa perspectiva este trabalho tem como objetivo identificar nos prontuários de um serviço de AD privado a prevalência de LP, os fatores de risco e a evolução do processo de cicatrização dessas lesões. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa retrospectiva, descritiva e exploratória a partir da análise de prontuários de um serviço domiciliar de uma operadora de saúde da cidade de São José do Rio Preto no período de 1998 e 2008 com pacientes que apresentavam lesão por pressão. Variáveis qualitativas foram associadas por meio da aplicação do teste qui-quadrado e variáveis quantitativas (idade e tempo de internação) foram avaliadas por meio do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*. A Análise de Correspondência Múltipla (MCA) foi empregada a fim de avaliar a relação entre todas as variáveis observadas, declarando como variáveis as respostas que se referem ao tipo de lesão por pressão. **Resultados:** A caracterização dos sujeitos demonstrou que do total de 1630 prontuários foram selecionados 183, que totalizaram 238 lesões por pressão. A idade média foi de 72,8 anos. Os resultados da análise demonstraram que a frequência de lesão por pressão no período foi de 14,6%, com predomínio da população feminina (57,4%). Quanto à localização, 45,4% dos pacientes apresentavam lesões sacrais e, em 24,8%, localizavam-se no calcâneo, com predomínio do estágio três que representou 55,4% da amostra. Os fatores de risco identificados relacionavam-se com a imobilidade por acidente vascular encefálico (AVE) em 29,5%, doenças senis em 19,7% e fratura em 13,7%. A hipertensão arterial (HA) foi a doença progressiva mais frequente em 37,2% e a HA associada à Diabetes Mellitus em 12%; destaca-se ainda o sexo feminino (57,4%). Quanto à terapia tópica das feridas, os produtos mais utilizados foram ácidos graxos essenciais (AGE) em 32,3%, cobertura enzimática em 27,7% e hidrogel em 19,7%. Do total das lesões por pressão, 76,5% cicatrizaram. **Conclusão:** A frequência média de lesão por pressão no serviço de AD no período de 1998 a 2008 foi de 14,6%. A maior parte da população foi composta por mulheres. A localização de maior ocorrência foi sacral, no estágio três. A

terapia tópica mais utilizada foi o AGE, e a maioria das lesões cicatrizaram. Com relação à análise multivariada verificou-se que a lesão sacral em estágios três e quatro foi mais frequente em pacientes do sexo masculino, e em geral, não cicatrizou. A frequência da lesão calcânea foi maior em pacientes com mais de 70 anos, com dois anos de internação domiciliar e vítimas de AVE. A lesão trocantérica em estágios um e dois foi mais frequente em mulheres entre 60 e 69 anos que apresentaram algum tipo de fratura. Essas lesões cicatrizaram na sua maioria e os pacientes obtiveram alta do programa domiciliar.

**Palavras Chaves:** 1. Úlcera por pressão; 2. Assistência domiciliar; 3. Terapêutica; 4. Cuidados de enfermagem.

**Introduction:** Home Care (HC) can be defined as a set of possible hospital procedures to be performed at the patient's home. Pressure ulcers (PU) are one of the most common complications at HC. Thus, the target issue of this research was "how are patients with PU characterized in a HC private service"? To identify the UP prevalence in medical records of a HC private service; the risk factors and the development of the healing process of these ulcers.

**Methodology:** A retrospective, descriptive and exploratory research from the analysis of medical records of patients with pressure ulcers was performed in a domiciliary service of a home healthcare company in the city of São José do Rio Preto between 1998 and 2008. Qualitative variables were associated by applying the Chi-Square test, and quantitative variables (age and length of staying) were evaluated using Kruskal-Wallis nonparametric test. The Multiple Correspondence Analysis (MCA) was used to assess the relationship between all variables observed, stating as variables, the response to those which referred to the type of pressure ulcer.

**Results:** The characterization of the subjects showed that from the total 1630 records, 183 were selected comprising a total of 238 pressure ulcers. The mean age was 72.8 years. The results of the analysis showed that the prevalence of pressure ulcers in the period was 14.6%, with a predominance of the female population (57.4%). As for location 45.4% of patients had sacral ulcers and 24.8% of these were located in the calcaneus, with a predominance of stage three which represented 55.4% of the sample. The risk factors identified were related to immobility by cerebrovascular accident (CVA) in 29.5%, senile diseases in 19.7% and fractures in 13.7%. Arterial hypertension (AH) was the most frequent former disease in 37.2% and hypertension associated with diabetes mellitus in 12%; standing out the females (57.4%). As topical therapy of wounds, the most used products were Essential Fatty Acids (EFA) in 32.3%, enzyme coverage in 27.7% and hydrogel in 19.7%; from the total PU, 76.5% had been healed.

**Conclusion:** The average rate of pressure ulcers was 14.6% in HC service from 1998 to 2008. Women have comprised most of the population. Sacral location in stage three was the most frequent. The most used topical therapy was EFA and most PUs healed. According to the multivariate analysis, sacral ulcer in three and four stages was more frequent in males and, in general, has not healed. The frequency of calcaneal ulcer was higher in patients over 70 years, with two years of home care and victims of stroke.

The trochanteric ulcer in stage one and two was more frequent in women between 60 and 69 years, with some kind of fracture. These ulcers mostly healed and patients were discharged from home care.

**Keywords:** 1. Pressure Ulcer; 2. Home Nursing; 3. Drug Therapy; 4. Nursing Care.

**Introducción:** La atención domiciliaria (AD), también llamado atención domiciliaria se puede definir como un conjunto de posibles procedimientos hospitalarios, que se lleva a cabo en el domicilio del paciente. Una de las complicaciones más frecuentes en AD son las lesiones por presión (LP). Por lo tanto, el problema central de la investigación fue "cómo se caracteriza a los pacientes con LP en un servicio de atención privados?" Identificar los registros médicos de un servicio de atención privados, la prevalencia de LP, los factores de riesgo y la evolución del proceso de curación de estas lesiones.

**Métodos:** una investigación retrospectiva, descriptiva y exploratoria basada en el análisis de los registros médicos de un servicio domiciliario de un operador de la salud de São José do Rio Preto en 1998 y 2008 se llevó a cabo y los pacientes con úlcera por presión. Variables cualitativas se asociaron mediante la aplicación de la prueba de chi-cuadrado, y las variables cuantitativas (edad y duración de la estancia) fueron evaluadas utilizando Kruskal-Wallis test no paramétrico. El análisis de correspondencias múltiples (ACM) se utilizó para evaluar la relación entre todas las variables observadas, indicando como variables de respuesta a las que se refieren al tipo de lesiones por presión.

**Resultados:** La caracterización de los sujetos mostraron que el total de 1630 registros fueron seleccionados 183, que ascendieron a 238 lesiones por presión. La edad media fue de 72,8 años. Los resultados del análisis mostraron que la prevalencia de lesiones por presión en el período fue del 14,6%, con predominio de la población femenina (57,4%). En cuanto a la ubicación, el 45,4% de los pacientes tenían lesiones sacras, y el 24,8% se encuentra en el calcáneo, entre etapas de la dominación que representó el 55,4% de la muestra. Los factores de riesgo identificados relacionaban con la inmovilidad por accidente cerebrovascular (ACV) en el 29,5%, las enfermedades seniles en el 19,7% y el 13,7% de la fractura. La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad más frecuente en el 37,2% y la hipertensión asociada a la diabetes mellitus en el 12% anterior, aún se destaca las mujeres (57,4%). Las heridas a terapia tópica, los productos más utilizados son los ácidos grasos esenciales (EFA) en el 32,3%, la cobertura de la enzima en el 27,7% y el 19,7% de hidrogel. Del total UPP. 76,5% sanó.

**Conclusión:** La tasa media de las lesiones por presión en el servicio de AD 1998-2008 fue del 14,6%. La mayor parte de la población estaba compuesta por mujeres. La localización más frecuente fue el sacro en la tercera fase. La terapia tópica más utilizada fue la edad y la mayoría

relación LP cicatrizou.Com para el análisis multivariante se encontró que la lesión sacral em tres etapas y quatro foi más frecuentes en los hombres y, en general, no se ha curado. La frecuencia de úlcera calcâneo fue mayor en los pacientes mayores de 70 años, con dos años de cuidados en el hogar y las víctimas de accidente cerebrovascular. Las lesiones trocantiéreas en la etapa uno y dos fue más frecuente en mujeres entre 60 y 69 años, con algún tipo de fractura. Estas lesiones curadas y sobre todo los pacientes fueron dados de alta a casa desde el programa.

**Palabras clave:** 1. Úlcera por presión; 2. Atención domiciliar de salud; 3. Quimioterapia; 4. Atención de enfermería.

# 1 INTRODUÇÃO

---

## 1INTRODUÇÃO

As doenças crônicas estão cada vez mais frequentes devido ao aumento da expectativa de vida gerando elevado custo em termos de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas. Sendo assim, há necessidade de bases inovadoras de gestão e práticas eficazes para atender às demandas da população.<sup>1-2</sup>

Nesse contexto, a assistência domiciliar (AD), também chamada de *home care*, pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. O foco da AD está na promoção, manutenção e reabilitação da saúde, podendo ser desenvolvida por equipe multiprofissional. Essa modalidade aparece como a alternativa mais viável para o cuidado de pacientes, principalmente idosos com doenças incapacitantes, que dependem de auxílio de terceiros por tempo prolongado e tendem a permanecer isolados em seus lares sem assistência adequada.<sup>3-4</sup>

A AD surgiu nos EUA em 1780 por uma associação de enfermeiros visitantes de cunho filantrópico. Em 1885 foi oficializada a primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (Visiting Nurses Association - VNA). Em 1947 em Nova York, o conceito *home care* passou a ser uma extensão do atendimento hospitalar. Atualmente nos EUA existem 18,5 mil serviços de *home care*.<sup>5-7</sup>

No Brasil, os primeiros relatos dessa modalidade de atendimento de saúde são de 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras do Rio de Janeiro. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). O médico de plantão saía nas ambulâncias para atendimento a partir de contatos telefônicos com os postos de urgência.

Na década de 60 foi observada uma valorização dos âmbitos familiares comunitários com espaço para atendimento de saúde. Com isso houve a implantação do programa pioneiro de assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP). Este serviço foi criado para atender pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio.<sup>8</sup>

A partir da década de 90 surgiram várias outras implantações de serviço de AD pelo país através de prefeituras, hospitais públicos e privados, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina em grupo, dentre outros<sup>9</sup>.

A visita domiciliar é um atendimento realizado por um profissional da equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente onde vive, para estabelecer um plano de AD voltado para sua recuperação. As visitas ocorrem de acordo com a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço.<sup>10</sup>

O atendimento domiciliar compreende as atividades assistenciais técnicas e são exercidas por profissionais ou equipe de saúde, cada qual com sua competência técnica. Estes procedimentos são específicos e por isso exigem uma formação para serem desenvolvidas. A periodicidade deste atendimento varia de acordo com a complexidade do cliente e do procedimento.<sup>10-11</sup>

A internação domiciliar é uma atividade assistencial especializada com a oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, chegando ao mais próximo do cuidado oferecido em ambiente hospitalar. Há também a permanência de um profissional da enfermagem para cuidar do paciente (6, 12, 24h), de acordo com a complexidade.<sup>11</sup>

Independentemente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação), deve ser garantido ao cliente um atendimento 24 horas em caso de urgências e emergências, transporte para realização de exames e consultas médicas pré-agendadas.<sup>4</sup>

A população predominante na AD é a idosa, particularmente portadora de doenças crônicas. Esta população com idade avançada tem uma pele mais vulnerável a traumas devido às mudanças estruturais; além disso, o idoso tem uma deficiência hídrica e a pele, como resultado, apresenta-se menos hidratada. Além da idade, o maior fator de risco para esta população são demências como a Doença de *Alzheimer*, por exemplo, que ocasiona uma diminuição do nível de consciência devido ao déficit neurológico.<sup>10-11</sup>

A AD de enfermagem tem uma ação muito importante no tratamento, reabilitação, prevenção de complicações e promoção de saúde, visando a uma melhora da qualidade de vida do paciente. Esta estratégia é fundamental para prevenção de UPPs, além de promover saúde, este profissional se torna um educador e um multiplicador de opiniões, informando e capacitando tanto o paciente quanto os seus familiares a cuidarem melhor destas lesões.<sup>12</sup>

Existem várias vantagens em relação a esta modalidade de assistência, tais como a humanização no tratamento, diminuição da frequência e do tempo de internação hospitalar. Assim, há também uma diminuição de complicações por infecções que são comuns em ambientes hospitalares.<sup>13-14</sup>

Dentre as complicações mais comuns na AD se destacam as UPPs caracterizadas por danos localizados na pele e tecidos subjacentes. São causadas pela associação entre uma força externa, como a pressão de superfícies duras contra as partes moles, e uma proeminência óssea. A compressão do tecido sensível causa redução do fluxo sanguíneo

e isquemia do local levando à hipóxia dérmica, necrose, ruptura da epiderme e eventual contaminação bacteriana.<sup>15-16</sup>

Alguns fatores extrínsecos no desenvolvimento de UPPs são a pressão, fricção e forças de cisalhamento. Dos fatores intrínsecos que colocam o indivíduo em risco elevado estão: idade, sexo, limitação na atividade, necessidade de auxílio para higiene pessoal, incontinência urinária, anemia, infecção e deficiências no estado nutricional. Tanto a ingestão alimentar quanto o estado nutricional correlacionam-se com o desenvolvimento e cicatrização destas lesões.<sup>17-18</sup>

Em 1989, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) apresentou os estágios para classificação de UPP que foram posteriormente adotados como padrão pela *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR). Dessa forma consideram-se estágios da UPPs: Estágio I: eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão. Em indivíduos com a pele mais escura a descoloração, o calor, o edema e o endurecimento podem ser também indicadores; Estágio II: perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A lesão é superficial e apresenta-se clinicamente como abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa; Estágio III: perda da pele na sua total espessura envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, mas não chega até a fáscia. A úlcera se apresenta clinicamente como uma cratera profunda; Estágio IV: perda da pele em sua total espessura com uma extensa destruição, necrose de tecido ou danos nos músculos, ossos ou estruturas de suporte, por exemplo: tendões ou cápsulas das articulações.<sup>19-20</sup>

As diretrizes da AHCPR para previsão e prevenção de úlceras por pressão são divididas em quatro temas: 1) Avaliação do risco; 2) Cuidados com a pele e Tratamento

precoce; 3) Redução da carga mecânica e utilização de superfícies de apoio e, 4) Educação do paciente.<sup>19</sup>

A AHCPR de 2009 apresentou outras duas classificações para úlceras por pressão: suspeita de lesão tissular profunda: área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole decorrente da pressão e/ou cisalhamento. Essa área pode ser dolorida, endurecida ou amolecida, mais quente ou mais fria ao tecido perilesional. Úlceras que não podem ser classificadas: lesão com perda total de tecido; este tecido está coberto totalmente por esfacelo (amarelado, amarronzado, acinzentado, esverdeado, acastanhado) ou há escara cobrindo totalmente o leito da ferida.<sup>21</sup>

Existem muitas medidas que podem ser tomadas para a prevenção de UPP. No Brasil, foi através da RDC nº 36, um protocolo de prevenção de UPP que foca nas intervenções de enfermagem em seis etapas. O enfermeiro deve avaliar a UPP na admissão do paciente, obter o risco do aparecimento de mais lesões pela aplicação de escalas como, por exemplo, a escala de Braden. Reavaliar o cliente periodicamente, fazer a inspeção da pele, promover o manejo da umidade mantendo a pele seca, porém hidratada, otimizar a nutrição e hidratação e minimizar a pressão. Para esta última ação a orientação da família do paciente é importante. Medidas como a utilização de colchão de poliuretano (colchão caixa de ovo) é simples e eficaz. Proteger as proeminências ósseas por aliviadores de pressão, rolos e travesseiros.<sup>22-23</sup>

Após a ocorrência da UPP as medidas convencionais de tratamento são: uso de medicamentos, manutenção da integridade da pele, controle do excesso de pressão sobre as proeminências ósseas, reposicionamento e mudança de decúbito e ainda, proporcionar suporte nutricional adequado, pois as deficiências no estado nutricional

podem prejudicar a elasticidade da pele, e em longo prazo propiciar o desenvolvimento de anemia e redução de oxigênio nas células.<sup>17</sup>

A avaliação da ferida é fundamental para se obter um melhor resultado no tratamento. Existe um sistema denominado “MEASURE”,<sup>24</sup> apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Measure: um sistema de avaliação da ferida (fonte: Dealey, 2008).<sup>25</sup>

PARÂMETRO	CONTEÚDO
MMeasure - <b>MEDIDA</b>	Comprimento, largura, profundidade e área
EExudate - <b>EXSUDATO</b>	Quantidade e qualidade.
AAppearance – <b>APARÊNCIA</b>	Leito da ferida, tipo e quantidade de tecido.
SSuffering – <b>DOR</b>	Tipo e intensidade da dor.
UUndermining – <b>DESCOLAMENTO</b>	Presença ou ausência.
RRe-avaluation – <b>REAVALIAÇÃO</b>	Monitoração periódica de todos os parâmetros.
Edge – <b>BORDA</b>	Condições das bordas e da pele adjacente.

A mensuração das feridas é um instrumento muito importante na avaliação para um melhor tratamento. A topografia da pele é composta por três camadas: a epiderme (superficial), a derme (intermediária) e o tecido celular subcutâneo (profunda). Quando há uma interrupção das camadas da pele começa um processo chamado de cicatrização. A fase inflamatória é composta da adesão plaquetária e

formação de um coágulo. Na fase proliferativa, há a formação de tecido de granulação, proliferação e migração de células do tecido conjuntivo e reepitelização da superfície da ferida. A maturação envolve a deposição de matriz extracelular, o remodelamento do tecido e a contração da ferida.<sup>26</sup>

As feridas cicatrizam por três formas: cicatrização por primeira intenção é o fechamento primário, ocorre quando a pele é cortada de maneira asséptica e as bordas são aproximadas por suturas. Há pouca perda tecidual. A cicatrização por segunda intenção é o processo de cicatrização em feridas abertas, de grande extensão. É um processo mais demorado, há necessidade de formação de tecido de granulação para o preenchimento do espaço morto até a epitelização da lesão. O outro tipo de fechamento é a cicatrização terciária que consiste na junção dos outros dois tipos de fechamentos juntos. Primeiro a ferida fica aberta por um tempo, como numa cicatrização de segunda intenção, e posteriormente esta ferida é fechada por primeira intenção.<sup>27</sup>

As fotografias são um importante instrumento para a mensuração das feridas e o acompanhamento de sua evolução. As fotografias clínicas são obtidas para documentar a natureza e a extensão da condição cutânea, sendo empregadas para determinar o progresso ou melhora decorrente do tratamento, e para utilizá-las é necessário que haja também uma medição da largura e do comprimento da ferida, também é necessário medir a profundidade e o descolamento da pele. O uso das fotografias digitais tem sido muito usado por enfermeiros em instituições de saúde como *home care* e centros especializados em tratamento de feridas.<sup>28-30</sup>

Assim, o profissional de enfermagem deve buscar atualização, abandonar os mitos e rituais que existem sobre UPP presentes em sua prática e apropriar-se

deresultados de pesquisas baseadas em evidências que fundamentem seu raciocínio clínico para a tomada de decisões.<sup>31</sup>

Uma das ferramentas que o enfermeiro pode utilizar para fundamentar sua prática é os estudos de caracterização de sua clientela. Estas pesquisas na área de prevenção e tratamento de UPPs são importantes porque mostram a situação de um passado distante e recente sobre particularidades como tempo de tratamento, doenças pregressas, tipos de tecidos, localização, evolução da ferida, dentre outros. Essas características podem subsidiar ações para implementação da qualidade do cuidado em serviços de AD. Para tanto, o problema central desta pesquisa é sobre como estão caracterizados os pacientes portadores de UPP em um serviço de AD privado.

## **1.1 OBJETIVOS**

- Realizar uma análise de prontuários de um serviço domiciliar para identificar a prevalência e incidência de úlceras por pressão.
- Investigar os fatores de risco relacionados às úlceras por pressão;
- Avaliar a evolução do processo de cicatrização das úlceras por pressão considerando o tratamento utilizado;
- Avaliar as características dos pacientes que fizeram parte da amostra por abordagem univariada e multivariada considerando as relações entre idade, tempo de internação domiciliar, motivo da alta do programa, diagnóstico de inclusão no programa, doenças pregressas, número de lesões, localização, estágios, terapia tópica proposta e cicatrização.



---

## 2 MÉTODOS

Para responder aos objetivos deste estudo realizou-se uma pesquisa retrospectiva, descritiva e exploratória a partir da análise de prontuários de um serviço domiciliar de uma operadora de saúde da cidade de São José do Rio Preto. A amostra do estudo foi composta por pacientes incluídos no programa de AD que apresentavam UPP. Foram excluídos aqueles pacientes que não tinham UPP.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2015. Foram analisados prontuários de pacientes entre 1998 e 2008. Esses estão inseridos no sistema Guardião Digital que consiste num registro de informações que são digitalizadas e disponibilizadas aos colaboradores para consultas prévias. Para registro e análise foi utilizado um instrumento composto por dados relacionados às características do paciente e das UPPs como: idade, tempo de internação domiciliar, motivo da alta do programa, diagnóstico de inclusão no programa, doenças pregressas, número de lesões, sua localização, seus estágios, terapia tópica proposta e cicatrização.

A análise estatística identificou resultados concernentes à prevalência de UPP. As variáveis de caracterização amostral e fatores de risco foram coletados a fim de se observar possíveis associações. Adicionalmente, dados sobre terapia empregada foram avaliados para verificar o processo de cicatrização das úlceras.

Variáveis qualitativas foram associadas por meio da aplicação do teste qui-quadrado e variáveis quantitativas (idade e tempo de internação) foram avaliadas por meio do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

A Análise de Correspondência Múltipla (MCA) foi empregada a fim de avaliar a relação entre todas as variáveis observadas, declarando como variáveis resposta as que se referem ao tipo de úlcera por pressão. Ela foi usada para observar a disposição de todas as variáveis coletadas em um espaço bidimensional, permitindo avaliar a relação

entre elas por meio do distanciamento em relação às variáveis resposta. Nesse contexto, quanto mais próximo as variáveis de caracterização estivessem da variável resposta, maior seria a relação entre elas. O contrário também seria válido, ou seja, quanto maior o distanciamento entre tais variáveis, menor a relação direta entre elas e maior a relação inversa.<sup>32</sup>

Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 0,05. Os softwares utilizados para a análise foram Minitab 17 (Minitab Inc.) e Statistica 10 (Statsoft Inc.).

### **3RESULTADOS**

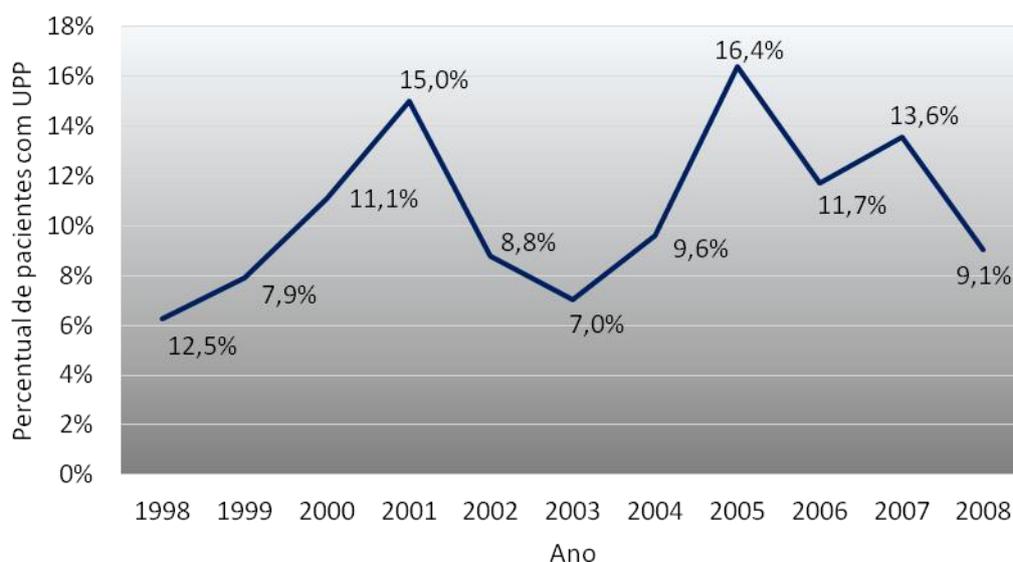
---

### 3 RESULTADOS

Do total de 1630 prontuários foram selecionados 183, que atenderam aos critérios de inclusão, e esses totalizaram 238 UPPs. Os resultados abaixo se referem ao número total de pacientes que apresentaram UPP entre os anos de 1998 e 2008. A Tabela 1 e a Figura 1 mostram essa ocorrência destacando os maiores índices nos anos de 2000, 2001, 2005 e 2007.

**Tabela 1.** Frequência de UPP entre 1998 e 2008.

<b>Ano</b>	<b>n</b>	<b>n (UPP)</b>	<b>% (UPP)</b>
1998	32	4	12,5
1999	38	3	7,9
2000	45	11	24,4
2001	80	16	20,0
2002	125	18	14,4
2003	114	10	8,7
2004	135	15	11,1
2005	177	33	18,6
2006	299	48	16,0
2007	265	46	17,3
2008	320	34	10,6
Total	1630	238	14,6



**Figura 1.** Percentual de pacientes com UPP de 1998 a 2008.

A Tabela 2 mostra os valores percentuais das variáveis de caracterização amostral. A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (57,4%), tiveram alta como desfecho (63,7%). Com outros diagnósticos (37,2%), seguido de acidente vascular encefálico (AVE) (29,5%), doenças senis (19,7%) e fratura (13,7%). A HA foi a doença pregressa mais frequente (37,2%).

**Tabela 2.** Percentuais referentes à caracterização amostral

<b>Variáveis de caracterização amostral</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	183	100
Feminino	105	57,38
Masculino	78	42,62
<b>Desfecho</b>	183	100
Alta	116	63,74
Óbito	66	36,26
<b>Diagnóstico de inclusão</b>	183	100
Acidente Vascular Encefálico	54	29,51
Fratura	25	13,66
Outros <sup>1</sup>	68	37,16
Doenças demenciais e senis <sup>2</sup>	36	19,67
<b>Doenças pregressas</b>	183	100
Diabetes	13	7,10
Diabetes e hipertensão	22	12,02
Hipertensão	68	37,16
Nenhuma	35	19,13
Outras <sup>3</sup>	45	24,59

<sup>1</sup>Outros diagnósticos: trauma raquimedular, revascularização do miocárdio, trombose venosa profunda, obstrução intestinal, paraplegia, neoplasias, esclerose múltipla, tumores. <sup>2</sup>Doenças demenciais e senis: doença de *Parkinson* e doença de *Alzheimer*. <sup>3</sup>Outras doenças pregressas: osteoporose, dislipidemias, megacolon chagásico.

Os resultados da tabela 3 mostram que a idade média dos 183 pacientes foi, de 72,8 anos, com desvio padrão de 16,2 anos e mediana de 77 anos. O coeficiente de variação foi de 22,3%. O tempo de internação médio foi de 1,4 anos com desvio padrão de 1,5 e mediana de 0,8 (um pouco mais de 9 meses de internação). O coeficiente de variação foi de 110%, considerado muito elevado, mostrando que os dados apresentaram elevada dispersão verificada pela diferença entre a média e a mediana, visto que a última não é influenciada por valores discrepantes. O tempo mínimo de internação foi de 0,15 anos (quase 2 meses) e o máximo foi de 10,2 anos.

**Tabela 3.** Frequência da média de idade e do tempo de internação

Variável em estudo (em anos)	Média ± desvio padrão	Mediana	Coeficiente de variação (%)	(Mín; Máx)
Idade	72,8±16,3	77	22,3	(10,;98)
Tempo de internação	1,4±1,5	0,8	110	(0,15;10,2)

Os resultados da Tabela 4 mostram que a maioria dos pacientes avaliados apresentou úlceras sacrais (45,4%), seguido de úlceras localizadas no calcâneo (24,8%). A maioria das úlceras apresentou estágio 3 ( 55,4%) sendo que 76,5% foram cicatrizadas. A terapia mais utilizada foi com ácidos graxos essenciais (AGE) com uma frequência de 32,3%, seguida de cobertura enzimática (27,7%) e hidrogel (19,7%).

**Tabela 4.** Caracterização das UPPs dos pacientes avaliados segundo local, estágio, cicatrização e terapia tópica.

<b>Variáveis de caracterização das úlceras</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Local das úlceras</b>	238	100
Sacral	108	45,4
Calcâneo	59	24,8
Trocanter	36	15,1
Outros	35	14,7
<b>Estágio das úlceras</b>	238	100
1	8	3,3
2	91	38,2
3	129	54,2
4	5	2,1
Não estagiadas	5	2,1
<b>Cicatrização</b>	238	100
Sim	182	76,5
Não	56	23,5
<b>Terapia Tópica</b>	238	100
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	77	32,3
Cobertura antimicrobiana	11	4,6
Cobertura enzimática	66	27,7
Hidrogel	47	19,7
Outros <sup>1</sup>	12	5,0
Placa de hidrocoloide	25	10,5

<sup>1</sup>Outros tipos de terapia: clara de ovo, fibra de alginato, hidrofibra com prata, alginato, rifocina e trofodermin.

Os valores P referentes aos testes de associação são determinados pelo teste estatístico qui-quadrado. A associação significativa entre duas variáveis avaliadas é determinada quando o valor P é inferior ao nível de significância adotado ( $P < 0,050$ ). Neste estudo, o objetivo foi observar os fatores que podem influenciar no tipo das úlceras por pressão, o local no qual elas foram encontradas foi associado com as demais variáveis coletadas. Os resultados demonstraram que nenhuma das variáveis de caracterização amostral e de caracterização das úlceras apresentou associação significativa com o local das úlceras. Todos os valores P foram superiores ao nível de significância adotado para o teste ( $P > 0,050$ ).

Apesar de não ter havido resultados significativos na abordagem associativa, testes comparativos também foram realizados a fim de se observar a influência da idade dos pacientes e do tempo de internação na localização das úlceras por pressão.

A Tabela 5 mostra os valores P referentes à comparação da idade e do tempo de internação em relação aos locais das úlceras. Seus resultados mostram a inexistência de diferenças significativas quando a idade dos pacientes ( $P = 0,326$ ) e o tempo de internação ( $P = 0,427$ ) são comparados ao local das úlceras, pois os valores P encontrados foram superiores ao nível de significância adotado para o teste.

**Tabela 5.** Valor P da idade e do tempo de internação em relação à localização das úlceras por pressão.

Variável de caracterização	Local das úlceras	Média±DP	Mediana (Md)	Valor P <sup>1</sup>
Idade	Calcâneo (n=59)	73,47±13,21	76,00	0,326
	Outros (n=35)	68,17±18,75	76,00	
	Sacral (n=108)	73,63±15,29	77,50	
	Trocanter (n=36)	74,36±17,55	77,50	
Tempo de internação	Calcâneo (n=59)	1,41±1,43	0,67	0,427
	Outros (n=35)	1,80±1,62	1,28	
	Sacral (n=107)	1,40±1,66	0,71	
	Trocanter (n=36)	1,38±1,43	0,80	

<sup>1</sup> Valor P referente ao teste de *Kruskal-Wallis* a  $P < 0,05$ .

Os resultados da análise univariada mostraram a inexistência de associações significativas entre o local das úlceras e as variáveis de caracterização amostral e de caracterização das úlceras. Adicionalmente, não houve influência da idade e do tempo de internação no tipo de úlcera por pressão observado. Nesse contexto, a estatística multivariada é uma alternativa que pode ser empregada com a finalidade de observar relações entre as variáveis avaliadas quando essas não são possíveis de serem visualizadas na análise univariada.

A possibilidade de aplicação de ferramentas multivariadas é importante do ponto de vista estatístico e vem sendo uma tendência em trabalhos científicos, pois a análise

univariada apresenta certa limitação no que concerne à influência dos efeitos de todas as variáveis na variável resposta. A abordagem multivariada possibilita avaliar o efeito de todas as variáveis de caracterização no tipo de úlcera encontrado.

A abordagem multivariada empregada foi a MCA e, para isso, a idade e o tempo de internação foram categorizados em faixas.

A idade foi categorizada em cinco faixas etárias: pacientes com menos de 39 anos, com idade entre 40 e 59 anos, 60 e 69 anos, 70 e 79 anos e idade superior a 80 anos. O tempo de internação foi categorizado em seis faixas: inferior a 6 meses, de 7 a 9 meses, de 10 meses a 1 ano, de 1,1 ano a 1,6 ano, de 1,7 ano a 2 anos, e mais de 2 anos. Essa categorização foi necessária para proceder com a análise de correspondência múltipla.

Para melhor entender as relações existentes entre as variáveis avaliadas o gráfico bidimensional foi dividido em quadrantes. Variáveis no mesmo quadrante apresentam elevada relação direta. Sendo assim, foi possível observar que cada tipo de UPP foi localizada em cada um dos quadrantes que, por sua vez, foi relacionada com um conjunto de variáveis.

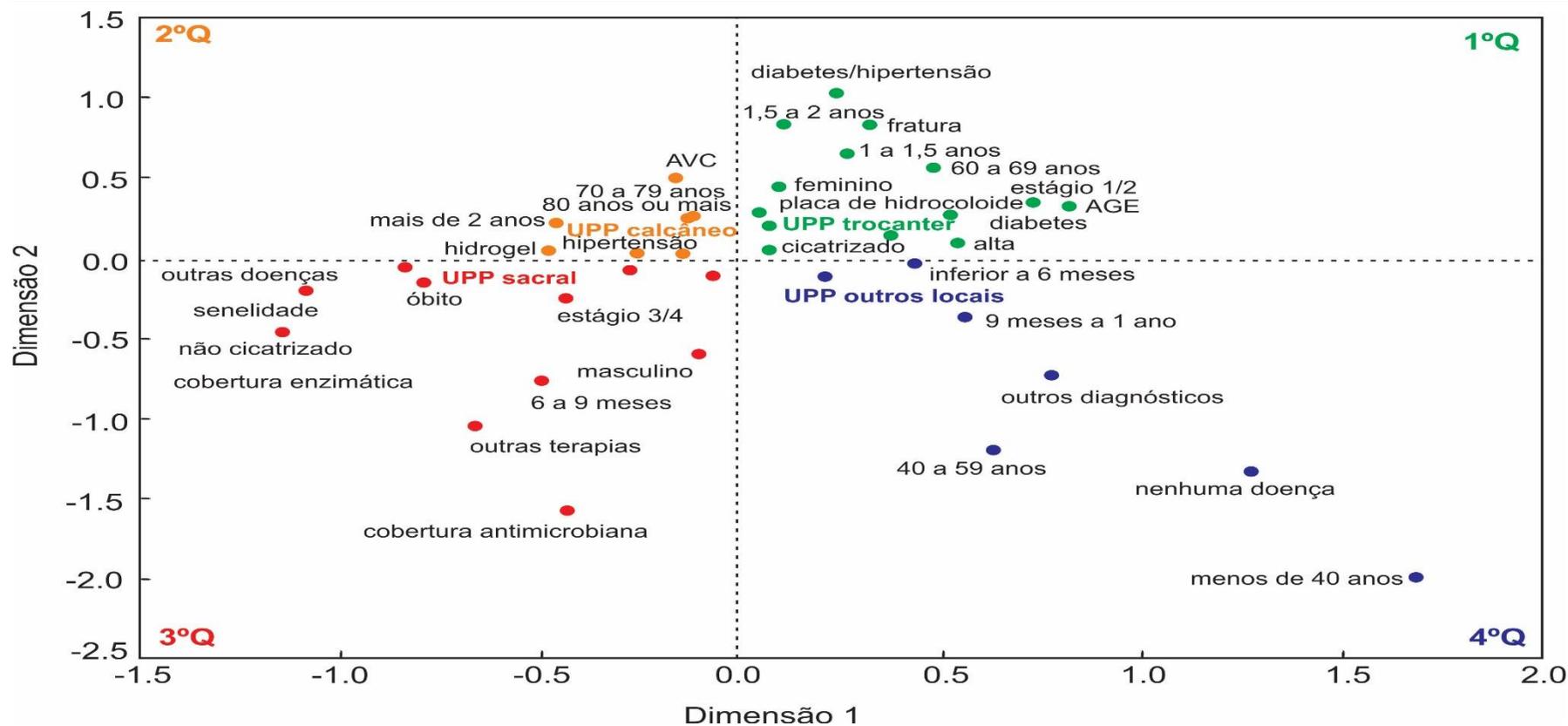
No quadrante 1 foi destacada a UPP trocanteriana e toda a caracterização das variáveis que influenciaram no processo de cicatrização, que incluíram as doenças preexistentes que, nesse caso foram diabetes e HA, o sexo feminino, estágios 1 e 2, fraturas como motivo de inclusão na AD. O tempo de internação variou de 1,5 a 2 anos e a terapia tópica mais utilizada foi a de placa de hidrocolóide.

No quadrante 2 foi destacada a UPP calcânea e toda a caracterização das variáveis que influenciaram no processo de cicatrização, que incluíram AVE como diagnóstico de inclusão na AD. Os sujeitos apresentaram idade superior a 70 anos, a HÁ

foi a doença preexistente de maior ocorrência, o hidrogel foi a cobertura tópica mais utilizada e o tempo de internação foi mais de 2 anos.

No quadrante 3 foi destacada a UPP sacral e toda a caracterização das variáveis que influenciaram no processo de cicatrização que incluíram maior ocorrência de úlcera, estágio 3 e 4, sexo masculino, internação que variou de 6 a 9 meses. Às terapias tópicas mais utilizadas foram enzimática e antimicrobiana, em geral as UPP não cicatrizaram.

Por fim, no quadrante 4 as UPPs se localizavam em outras regiões do corpo como occipital, orelha, glúteos e escapular. O tempo de internação foi inferior há 1 ano, a idade inferior a 60 anos, geralmente sem doenças progressivas. Os diagnósticos que conduziram a internação na AD foram trauma raquimedular, revascularização do miocárdio, trombose venosa profunda, obstrução intestinal, paraplegia, neoplasias, esclerose múltipla e tumores.



**Figura 2.** Configuração das variáveis avaliadas no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla.



## 4DISCUSSÃO

A frequência de UPP encontrada nessa pesquisa foi de 14,6%. Em um estudo conduzido em Belo Horizonte com pacientes assistidos pela AD, a incidência de UPP foi de 20%, dado muito próximo a outro estudo feito com pacientes em cuidados paliativos domiciliares onde a prevalência foi de 18,8%. No Rio Grande do Sul foi feito um estudo com pacientes institucionalizados e a frequência variou de 11,1% a 23,2%. Outra pesquisa feita em uma UTI geral de um hospital mostrou que a prevalência de UPP foi 25,4%.<sup>33-37</sup>

O resultado da frequência de UPP nessa pesquisa foi menor quando comparado aos resultados encontrados por outros autores. Acredita-se que as ações de enfermagem contribuíram para o alcance desse resultado. Dentro dessa perspectiva, no serviço de AD foram realizadas atividades como a preparação para alta hospitalar do paciente, cuidadores e familiares, a educação para o cuidado preventivo e curativo em ambientes de simulação, prescrições de enfermagem que permanecem no domicílio do paciente para dar continuidade ao cuidado, evolução de enfermagem com aplicação de escala de risco para UPP (escala de *Braden*), classificação da ferida, mensuração das dimensões, descrição dos tecidos presentes, exsudato, pele perilesional, bordas e a terapia tópica.

Quanto às características da população estudada, a idade média foi de 72,8 anos. Esse resultado se justifica pelo perfil deste paciente que normalmente está acamado e dependente de alguém para realizar as mínimas tarefas. Associado a esta realidade estão as doenças pregressas.

As mulheres predominaram (57,4%). Esse resultado é corroborado por uma pesquisa realizada em 2010 por estudiosos que identificaram uma ocorrência de úlceras

por pressão em 51,1% de mulheres. O envelhecimento de mulheres e a sobrevida maior que a dos homens é outro fator que fortalece esse resultado. A maioria da população idosa, de 60 anos ou mais, é composta por mulheres (55,7%).<sup>1,38</sup>

Esse estudo mostrou que a maioria das UPPs se localizou na região sacral com 45,4%, seguida de calcâneo com 24,8%.

As úlceras de pressão localizadas na região sacral são as mais frequentes por ser um local de apoio quando o paciente está em decúbito dorsal e acamado. Esse resultado é corroborado por vários autores. Pode-se citar uma pesquisa realizada num hospital de ensino de São Paulo onde a região sacral foi a mais frequente com 66%, outra pesquisa realizada no DF com a mesma localização apresentou uma frequência de 60% e resultado semelhante foi demonstrado em uma pesquisa realizada em Portugal, com 40% das lesões nessa região.<sup>39-41</sup>

As UPPs da região sacral, por ter uma maior frequência, são também as que apresentam mais complicações, como a infecção de tecidos moles e osteomielite que mantém uma relação direta com a profundidade e extensão da úlcera. Podem se desenvolver pela facilidade de exposição óssea e dos tecidos adjacentes, a umidade devida, sobretudo, à incontinência urinária e fecal.<sup>41-42</sup>

No exame clínico elas se apresentam secretivas, com extensa área cruenta e de difícil manejo. As infecções normalmente são polimicrobianas e podem ser explicadas pela longa permanência hospitalar com decorrente colonização do paciente e quebra de barreira da pele.<sup>43</sup>

Os estágios predominantes encontrados nessa investigação foram: dois (38,2%), seguido do três (54,2%), que somados resultou em 92,4%. A análise desse resultado comparada aos encontrados por outros autores apontou que a região predominante foi

sacral, seguida de calcânea e divergindo apenas no estágio, pois predominou o 2. Em um estudo com pacientes de cuidados paliativos verificou-se também a predominância de UPP sacral e estágio 3. Já em uma pesquisa multicêntrica em Instituições de longa permanência, no Japão verificou-se uma frequência de 36,1% e 36,2% de úlceras em estágio 2 e 3 respectivamente.<sup>36,44-45</sup>

Das UPPs estudadas, em 76,5% o desfecho foi a cicatrização, que ocorreu com maior frequência em pacientes com até 59 anos de idade. Pesquisas afirmam que o envelhecimento afeta diretamente a cicatrização das lesões, pois pessoas idosas têm a capacidade funcional diminuída e doenças crônicas como hipertensão e, principalmente, diabetes. Além disso, deve ser levado em consideração o balanço hidroeletrólítico do idoso, sua glicemia capilar, a falta de sede, os exames laboratoriais, a capacidade cognitiva e o aspecto nutricional. Tudo isso pode influenciar no processo de cicatrização de uma ferida.<sup>1,10,46-47</sup>

Outro estudo de AD mostrou que 54,1% dos pacientes portadores de UPPs adquiriram-nas em ambiente hospitalar. Esse dado não pôde ser evidenciado nesta pesquisa, pois a coleta foi baseada em prontuários digitalizados de um sistema de informação e as anotações de enfermagem apresentavam informações incompletas. Estes registros são fundamentais por retratar a real condição do paciente.<sup>48-49</sup>

Os resultados da análise multivariada permitiram fazer projeções e algumas reflexões. As úlceras em estágios 1 e 2 podem cicatrizar com maior facilidade que as úlceras em estágios 3 e 4, pois no caso das UPPs em estágios 1 e 2 a destruição de tecidos acomete duas camadas da pele (epiderme e derme).

Nessa pesquisa verificou-se que a terapia tópica mais utilizada foi o AGE com 32,3% da amostra. A análise dos artigos localizados para a construção da discussão com

o tratamento tópico de úlceras por pressão, tem sido apresentada na literatura por meio de estudos de caso e estudos epidemiológicos.

Nessa perspectiva buscou-se resultados de revisões sistemáticas sobre esse tema e foram localizados estudos com coberturas de alginato, hidrocolóide, hidrogel e aloe vera. Nessas revisões os autores apontaram viés metodológico em relação ao tratamento utilizado que incluía ausência de possibilidade de comparação entre as coberturas, além de amostra insuficiente e variáveis discrepantes entre os sujeitos da pesquisa.<sup>50-53</sup>

Essas revisões analisadas estavam classificadas normalmente entre os níveis de evidência três e quatro, os quais são estudos clínicos não aleatórios com controle simultâneo, contemporâneo ou histórico. Dessa forma não foi possível associar as terapias tópicas utilizadas nesta pesquisa com os níveis de evidência 1 e 2.<sup>54</sup>

Na prática diária do enfermeiro de AD com terapias tópicas de feridas, o fator acima descrito dificulta a tomada de decisão baseada em evidências. Além disso, muitas vezes é necessário utilizar várias terapias durante o processo de cicatrização que atendam as necessidades individuais de cada paciente.

A análise multivariada também sugeriu que o uso da cobertura enzimática e antimicrobiana para UPP sacral não resultou em cicatrização, e por conta de outros fatores como senilidade e doenças pregressas como osteoporose e doenças neurológicas, foi vinculada à maior frequência de óbito dos pacientes.

Assim as UPPs podem cicatrizar com aplicação das mais variadas terapias tópicas, mas, principalmente, com o emprego de cuidados preventivos que precisam ser implementados sobretudo em pacientes que já possuem úlcera por pressão. Portanto, é necessária a realização do reposicionamento, que é um componente integral de

prevenção e tratamento de úlceras de pressão e tem uma forte evidência e fundamentação teórica, além de ser amplamente recomendado na prática.

Em uma pesquisa internacional foi realizado o reposicionamento lateral em diferentes ângulos. Durante o dia a mudança era feita a cada três horas numa angulação de 30°, à noite era feita a cada seis horas numa angulação de 90°. Nesta pesquisa não houve diferença entre as duas modalidades usadas. Entretanto pode-se concluir que o reposicionamento deve acontecer de maneira sistemática para que a prevenção e o tratamento de úlceras por pressão sejam eficazes.<sup>55</sup>

De acordo com o ultimo Guideline de prevenção de UPP da NUAP/EPUAP/PPPIA, além das medidas de reposicionamento do cliente, mudança de decúbito sistemática, inspeção da pele principalmente nas regiões de proeminências ósseas, uso de aliviadores de pressão. O padrão ouro na prevenção de UPP passou a ser o de espumas de poliuretano e o de coberturas de silicone multicamadas. Estas coberturas atuam na prevenção e no tratamento de UPP em estágios 1 e 2.<sup>54</sup>

Ao finalizar a discussão dos resultados obtidos com esta pesquisa, verifica-se que a decisão sobre a conduta da terapia tópica adequada e medidas preventivas são prerrogativas do enfermeiro que na maioria das vezes se depara com a falta de evidências para tomada de decisão.

O cuidado domiciliar necessita da importante cooperação dos cuidadores e familiares para dar continuidade à assistência, que precisa ser supervisionada pelo enfermeiro no domicílio do paciente. Essa assistência tem que ser planejada e sistematizada, e deve contemplar a educação continuada voltada para o campo da prevenção e tratamento de UPP.



## **5 CONCLUSÃO**

Os resultados desta pesquisa, referentes a 183 prontuários de pacientes que totalizaram 238 UPP em clientes atendidos num serviço de AD no período de 1998 a 2008, permitiram a construção de conclusões que serão apresentadas conforme os objetivos estabelecidos.

### **Ocorrência de úlceras por pressão e caracterização da amostra.**

- A prevalência de UPPs foi de 14,6%.
- A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (57,4%),
- Tiveram alta como desfecho (63,7%).
- Com referência aos diagnósticos de inclusão no programa obteve-se 29,5% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), 19,7% com doenças senis e 13,7% com fratura. Outros diagnósticos tiveram uma representatividade de 37,2%.
- Quanto as doenças progressas a HA foi a doença mais frequente com 37,2%.

### **Caracterização das úlceras por pressão**

- A localização de maior ocorrência foi sacral com 45,4%.
- Quanto a classificação as UPPs em estágio 3 apresentaram a maior frequência com 54,5% da amostra.
- A terapia tópica mais utilizada foi o AGE com 32,3%
- Cicatrizaram 76,5% das UPPs.

### **Análise univariada e multivariada**

Com relação à análise univariada, a partir dos testes paramétricos que compararam o local das UPPs com as variáveis coletadas na amostra, nenhuma apresentou nível de significância  $P > 0,050$ . Devido a esta limitação, foi utilizada a

análise multivariada que possibilitou visualizar o efeito de todas as variáveis de caracterização relacionada ao tipo de úlcera encontrado.

Verificou-se que:

- A úlcera sacral em estágios 3 e 4 foi mais frequente em pacientes do sexo masculino e, em geral, não cicatrizou;

- A úlcera calcânea foi maior em pacientes com mais de 70 anos, com dois anos de internação domiciliar e vítimas de AVE;

- A úlcera trocantérica em estágio 1 e 2 foi mais frequente em mulheres entre 60 e 69 anos, com algum tipo de fratura. Essas úlceras cicatrizaram na sua maioria e os pacientes obtiveram alta do programa domiciliar.

A conclusão deste trabalho permitiu algumas reflexões:

- Os cuidados preventivos de enfermagem são fundamentais para o paciente que apresente ou não UPP, que em geral são pacientes idosos e acamados;

- A sistematização da assistência de enfermagem no domicílio deve envolver a educação do paciente, familiar e cuidador, o registro da evolução do paciente, a prescrição de ações para continuidade do cuidado, supervisão e avaliação sistemática e periódica da pele e da ferida, a hidratação do paciente, bem como de suas comorbidades e a interpretação dos resultados de exames laboratorial periodicamente relacionado ao processo de cicatrização.

### **LIMITAÇÕES**

Uma das limitações deste trabalho está relacionada ao período de composição da amostra. Os dados foram coletados no período de 1998 e 2008, após este, não foi possível prosseguir a coleta com dados mais atuais, pois os prontuários estavam

digitalizados de maneira incompleta no sistema. A partir de 2011 os prontuários não estavam disponíveis para consulta.

## **REFERÊNCIAS**

---

---

**REFERÊNCIAS**

1. Chiayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):29-34.
2. Silva AJ, Pereira SM, Rodrigues A, Rocha AP, Varela J, Gomes LM, et al. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. *RevEscEnferm USP.* 2013;47(4):976-76.
3. Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(1):20-4.
4. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *RevLatinoamEnferm.* (Online). 2004;12(5):721-26.
5. Albuquerque SMRL. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP; 2001.
6. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, UnATI; 2001.
7. Rice R. Home care nursing practice: historical prespective and philosophy of care. In: Rice R. Home care nursing practice: concepts and application. Lewiston (NY): Mosby; 2001. p. 3- 14.
8. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
9. Cunha ICKO. Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da

- 
- Universidade de São Paulo; 1991.
10. Coelho ADA, Lopes MVO, Melo RP, Castro ME. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento hospitalar. *Rev Rene*. 2012;13(3):639-49.
  11. Nóbrega OT, Karnilowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005;10(2):309-13.
  12. Coroas ACM. Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente [monografia]. Ponte de Lima (PO): Universidade Fernando Pessoa; 2010.
  13. Jones J, Wilson A, Parkes M, Wynn A, Jagger C, Spiers N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care cost minimisation analysis of data from randomisedcontrolled trial. *BMJ*. 1999;319(7224):1547-50.
  14. Landi F1, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. *J AmGeriatr*. 1999;47(12):1430-4.
  15. Castilho LD, Calibri MHL. Úlcera por pressão e estado nutricional: revisão de literatura. *RevBrasEnferm*. 2005;58(5):597-601.
  16. Campos SF, Chagas ACP, Costa ABP, França REM, Jansen AK. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão: o impacto da nutrição. *Rev Nutr*. 2010;23(5):703-14.
  17. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlceras por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *ActaSci Health Sci*. 2007; 29(2):85-9.
  18. Shanin ESM, Meijers JMM, Schols JMGA, Tannen A, Halfens RJG, Dassen T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospital

- and nursing homes. *Nutrition*. 2010;26(9):886-9.
19. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987;36(4):205-10.
  20. Fernandes LM. Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados – uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
  21. Faustino A, Reis P, Jesus C, Kamada I, Izidorio S, Ferreira S. The knowledge of nurses about new descriptors for classification of pressure ulcers: descriptive study. *Online Braz J Nurs*. [periodico online]. 2010 [citado 2014 jan. 31] 9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2800/629>.
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 25 de Julho de 2013. Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013 [Acesso em: 2016 mar 01]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
  23. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):223-8.
  24. Keast DH, Bowering CK, Evans AW, Mackean GL, Burrows C, D'Souza L. MEASURE: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *WoundRepairRegen*. 2004;12(3 Suppl):S1-17.

- 
25. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as Enfermeiras. 3.ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 57.
  26. Cordaro LMC. Emprego da fotografia digital para avaliação da topografia microscópica da pele [dissertação]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2008.
  27. Borges EL, Saar SFC, Magalhães MBB, Gomes FSL Lima VLAN. Feridas como Tratar. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica; 2007. p. 41-2.
  28. Smeltzer SC, BareBG. Brunner&Suddart: Tratado de enfermagemmédicocirúrgica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.p.1642- 43.
  29. Potter PA. Fundamentos de enfermagem. 7.ed. Rio de Janeiro:Elsevier; 2009. pag.1309, 1280-1302, 1309.
  30. Faria NGF, Peres HHC. Análise da produção científica sobre documentações fotográficas de feridas em enfermagem. Rev Eletrônica Enf. 2009;11(3):704-11.
  31. Poletti NAA. O ensino da prevenção e tratamento de úlceras por pressão em escolas públicas do estado de São Paulo. Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
  32. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise Multivariada de Dados. 6.ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2009. 593p.
  33. Oliveira FHF, Romano OS, Espíndula SP. Ações de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos: o que o enfermeiro pode fazer? [Internet]. 2009 [acesso em 2012 out 18]. Disponível em: <http://ceen.com.br/midias/downloads/12022014175510.pdf>.

- 
34. Freitas JPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(6):515-21.
  35. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. *RevEscEnferm USP.* 2014;48(2):264-71.
  36. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *RevGaúchEnferm.* 2011;32(1):143-50.
  37. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. *REME. Rev Min Enferm.* 2004;8(2):316-20.
  38. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro, 2012. [Acesso em: 2016 mar 01]. Disponível em:  
<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012)>.pdf.
  39. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;12(4):19-26.
  40. Pini LR. Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração [dissertação]. Porto (PO): Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2012.
  41. Ferreira Chacon JM, BlanesL, Teixeira Góis AF, Massaco Ferreira L, Zucchi P.

- 
- Aspectos epidemiológicos do paciente com úlcera por pressão na Unidade de Terapia Intensiva do pronto-socorro de um hospital de ensino de São Paulo. *Saúde Coletiva Dig.* 2013;1(1):14-9.
42. Costa RC, Caliri MHL, Costa LS, Gamba MA. Fatores associados a ocorrência de úlcera por pressão em lesados medulares. *RevNeurocienc.* 2013;21(1):60-8.
43. Egito JGT, Abboud CS, Oliveira APV, Máximo CAG, Montenegro CM, Amato VL, et al. "Evolução clínica de pacientes com mediastinite pós-cirurgia de revascularização miocárdica submetidos à oxigenoterapia hiperbárica como terapia adjuvante. *Einstein.* 2013;11(3):345-9.
44. Rogenski N, Santos V. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev LatinoamEnferm. (Online).* 2005;13(4):474- 80.
45. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. *ArchGerontolGeriatr.* 2013;56(1):220-6.
46. Mendonça R, Coutinho-Netto J. Aspectos Celulares da Cicatrização. *AnBrasDermatol.* 2009;84(3):257-62.
47. Vendite S, Almada-Filho CM, Minossi JG. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. *ABCD ArqBrasCirDig.* 2010;23(3):173-82
48. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/ registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletrônica Enferm.* 2006;8(3):415-21.
49. Setz VG, D´Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):313-17.

- 
50. Heyneman A, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers. *JClinNurs*. 2008;17(9):1164-73.
  51. Dumville JC, Stubbs N, Keogh SJ, Walker RM, Liu Z. Hydrogel dressings for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2:CD011226.
  52. Dumville JC, Keogh SJ, Liu Z, Stubbs N, Walker RM, Fortnam M. Alginate dressings for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;5:CD011277.
  53. Dat AD, Poon F, Pham KB, Doust J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD008762.
  54. NPUAP/EPUAP/PPPIA. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: guia de consulta rápida [Internet]. 2014. [Acesso em: 2016 mar 01]. Disponível em: <http://www.epuap.org/guidelines-2014/Portuguese-Quick%20Reference%20Guide-Jan2015.pdf>.
  55. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD009958.

## **APÊNDICES**

---

**ANEXO I.** Instrumento de análise do prontuário domiciliar

Nº: \_\_\_\_\_  
—

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

-

**NOME:** \_\_\_\_\_

**-Nº PRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_ - **DATA DE NASC.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**- SEXO:** ( ) F ( ) M

**- DATA DE INCLUSÃO NO PROGRAMA DOMICILIAR:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**- DATA DE ALTA DO PROGRAMA DOMICILIAR:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**- MOTIVO DA ALTA DO PROGRAMA DOMICILIAR:**

**HISTÓRIA CLÍNICA**

**- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** \_\_\_\_\_

**- PATOLOGIAS ASSOCIADAS:** ( ) DM ( ) HAS \_\_\_\_\_

**- ÚLTIMAS INTERNAÇÕES:**

Motivos: \_\_\_\_\_

Local de internação: \_\_\_\_\_

**- CAPACIDADE FUNCIONAL:**

( ) SEM DIFICULDADE ( ) CADEIRANTE ( ) DEAMBULA COM AUXÍLIO

( ) ACAMADO

**- VIA DE ALIMENTAÇÃO:**

( ) ORAL ( ) SONDA NASOENTERAL ( ) GASTROSTOMIA

**- USO DE COMPLEMENTO ALIMENTAR**

SIM  NÃO

**- ÚLCERAS POR PRESSÃO:**

CABEÇA  ESCÁPULA  SACRAL  COTOVELO  FÊMUR

CALCÂNEA  TROCANTER  OUTRO \_\_\_\_\_

**- ESTÁGIO DA UPP:**  ESTÁGIO I  ESTÁGIO II  ESTÁGIO III  ESTÁGIO IV

ESTÁGIO INDETERMINADO

**- EVOLUÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO:**

CICATRIZADA:

CONSIDERAR O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO \_\_/\_\_/\_\_

EVOLUÇÃO DE ESTÁGIOS: DO ESTÁGIO \_\_ PARA ESTÁGIO \_\_

NÃO CICATRIZADA

**- TERAPIA UTILIZADA:**

---





**Anexo I. Parecer do Comitê de Ética em  
Pesquisa**



Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
CEP/FAMERP

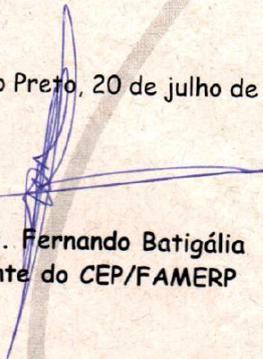
Parecer nº 58772

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O projeto de pesquisa CAAE nº 04194712.8.0000.5415 sob a responsabilidade de **Nadia Antonia Aparecida Poletti**, com o título "Estudo dos aspectos relacionados ao cuidado de Feridas Crônicas" está de acordo com a resolução do CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 20 de julho de 2012.

  
**Prof. Dr. Fernando Batigália**  
**Presidente do CEP/FAMERP**

**DIVULGAÇÃO -MANUSCRITO**

---

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Centro Biomédico - Faculdade de Enfermagem





**Revista Enfermagem Uerj**  
**Uerj Nursing Journal**

CAPA   SOBRE   PÁGINA DO USUÁRIO   PESQUISA   ATUAL   ANTERIORES   NOTÍCIAS   VOLUMES  
DISPONÍVEIS (REVENFERMUERJ)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

### Submissões Ativas

**ATIVO**   ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
19284	10-21	APq	Almeida, Aparecida Poletti, Lopes,...	CARACTERIZAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

**Iniciar nova submissão**  
CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

## MANUSCRITO

Caracterização de úlceras por pressão em pacientes assistidos por um Programa Domiciliar Privado

### RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar nos prontuários de um serviço de assistência domiciliar (AD) a frequência de úlcera por pressão (UPP); fatores de risco e o processo de cicatrização considerando-se a terapia tópica. Foi realizada uma pesquisa retrospectiva, descritiva e exploratória a partir de prontuários de pacientes incluídos no programa de AD que apresentavam úlcera por pressão. Dos 1630 prontuários foram selecionados 183 que totalizaram 238 UPPs. A idade média foi de 72,8 anos. O tempo médio de internação foi de 1,4 anos; a maioria dos pacientes avaliados apresentou úlceras sacrais (45,4%), seguidas de úlceras no calcâneo (24,8%). A maioria das úlceras apresentou estágio 3 (55,4%) e 76,5% delas foram cicatrizadas.

**Palavras Chaves:** úlcera por pressão, assistência domiciliar, tratamento, cuidados de enfermagem.

**Pressure Ulcers:** Their characterization in patients being cared by a private homecare program.

### ABSTRACT

This study aimed to identify in the medical records of a Home Care service (HC), the frequency of pressure ulcers (PU); risk factors and the healing process taking into account the topical therapy. A retrospective, descriptive and exploratory research from patient records from this HC service who had pressure ulcers was performed. Out of the 1630 records, 183 were selected; from these a total 238 PU. The average age was 72.8 years. The mean length of in-hospital was 1.4 years; most of the patients presented sacral ulcers (45.4%), followed by ulcers in the calcaneus (24.8%). Most ulcers had stage 3 (55.4%) and 76.5% were healed.

**Key words:** pressure ulcer, home care, drug treatment, nursing care.

Caracterización de úlceras por presión en pacientes vistos por un programa de atención domiciliaria

## **RESUMEN**

El objetivo de esta investigación fue identificar los registros médicos de un servicio de atención domiciliaria (AD), la frecuencia de las úlceras por presión (UPPs), factores de riesgo y el proceso de curación de considerar la terapia tópica. Un estudio retrospectivo, descriptivo y exploratorio de los registros de pacientes incluidos en el programa de AD que tenían úlceras por presión se realizó. Las tablas de 1630 se seleccionaron un total de 183 con 238 UPP. La edad media fue de 72,8 años. El tiempo de hospitalización fue de 1,4 meses; la mayoría de los pacientes presentaron úlceras sacras (45,4%), seguido por úlceras en el calcáneo (24,8%). La mayoría de las úlceras tenían fase 3 (55,4%) y el 76,5% fueron curados.

Palabras clave: úlcera por presión, atención, tratamiento de drogas, enfermería.

## • **INTRODUÇÃO**

As doenças crônicas estão cada vez mais frequentes devido o aumento da expectativa de vida, este gerando elevado custo em termos de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas. Sendo assim, há necessidade de bases inovadoras de gestão e práticas eficazes para atender às necessidades da população.<sup>1,2</sup>

Nesse contexto, a assistência domiciliar (AD), também chamada de *home care*, pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. O foco da AD está na promoção, manutenção e reabilitação da saúde, podendo ser desenvolvida por equipe multiprofissional. Tal modalidade aparece como a alternativa mais viável para o cuidado de pacientes, principalmente idosos com doenças incapacitantes, que dependem de auxílio de terceiros por tempo prolongado e tendem a permanecer isolados em seus lares sem assistência adequada.<sup>3,4</sup>

A população predominante na AD é a idosa, particularmente portadora de doenças crônicas. Esta população com idade avançada tem uma pele mais vulnerável a traumas

devido às mudanças estruturais, além disso, o idoso tem uma deficiência hídrica e a pele, como resultado, apresenta-se menos hidratada. Além da idade, o maior fator de risco para esta população são demências como a Doença de Alzheimer, por exemplo, que ocasiona uma diminuição do nível de consciência devido ao déficit neurológico.<sup>5,6</sup>

A AD de enfermagem é uma ação muito importante no tratamento, reabilitação, prevenção de complicações e promoção de saúde. Tudo isso visando uma melhora da qualidade de vida do paciente. Esta estratégia é fundamental para prevenção de UPP pois, além de promover saúde, este profissional se torna um educador, um multiplicador de opiniões, informando e capacitando tanto o paciente quanto os seus familiares a cuidarem melhor destas lesões crônicas.<sup>7</sup>

Dentre as complicações mais comuns na AD se destacam as UPP, caracterizadas por danos localizados na pele e tecidos subjacentes. São causadas pela associação entre uma força externa, como a pressão de superfícies duras contra as partes moles, e uma proeminência óssea. A compressão do tecido sensível causa redução do fluxo sanguíneo e isquemia do local levando à hipóxia dérmica, necrose, ruptura da epiderme e eventual contaminação bacteriana.<sup>8,9</sup>

Alguns fatores extrínsecos no desenvolvimento de UPPs são a pressão, fricção e forças de cisalhamento. Dos fatores intrínsecos que colocam o indivíduo em risco elevado estão: idade, sexo, limitação na atividade, necessidade de auxílio para higiene pessoal e/ou incontinência urinária, anemia, infecção e deficiências no estado nutricional. Tanto a ingestão alimentar quanto o estado nutricional correlacionam-se com o desenvolvimento e cicatrização destas lesões.<sup>10,11</sup>

Em 1989, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) apresentou os estágios para classificação de UPP que foram posteriormente adotados como padrão pela *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR). Dessa forma consideram-se estágios da UPPs: Estágio I: eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão. Em indivíduos com a pele mais escura a descoloração, o calor, o edema e o endurecimento podem ser também os indicadores; Estágio II: perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A lesão é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa; Estágio III: perda da pele na sua total espessura envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, mas não chega até a fáscia. A úlcera se apresenta clinicamente

como uma cratera profunda; Estágio IV: perda da pele em sua total espessura com uma extensa destruição, necrose de tecido ou danos nos músculos, ossos ou estruturas de suporte, por exemplo: tendões ou cápsulas das juntas.<sup>12, 13</sup>

As diretrizes da AHCPR para previsão e prevenção de úlceras por pressão são divididas em quatro temas: 1) Avaliação do risco; 2) Cuidados com a pele e Tratamento precoce; 3) Redução da carga mecânica e utilização de superfícies de suporte e, 4) Educação do paciente.<sup>12</sup>

Estudos mostram que existem outras duas classificações para úlceras por pressão: suspeita de lesão tissular profunda: área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole decorrente da pressão e/ou cisalhamento. Essa área pode ser dolorida, endurecida ou amolecida, mais quente ou mais fria ao tecido perilesional. Úlceras que não podem ser classificadas: lesão com perda total de tecido; este tecido está coberto totalmente por esfacelo (amarelado, amarronzado, acinzentado, esverdeado, acastanhado) ou há escara cobrindo totalmente o leito da ferida.<sup>14</sup>

Existem muitas medidas que podem ser tomadas para a prevenção de UPP. No Brasil foi através da RDC nº 36, um protocolo de prevenção de UPP que foca nas intervenções de enfermagem em seis etapas. O enfermeiro deve avaliar a UPP na admissão do paciente, obter o risco do aparecimento de mais lesões como esta através de escalas como, por exemplo, a escala de Braden. Reavaliar o cliente periodicamente, fazer a inspeção da pele, promover o manejo da umidade mantendo a pele seca, porém hidratada, otimizar a nutrição e hidratação e minimizar a pressão. Para esta última ação a orientação da família do paciente é importante. Medidas como a compra de um colchão de poliuretano (colchão caixa de ovo) é simples e eficaz. Proteger as proeminências ósseas por meiodealiviadores de pressão, rolos e travesseiros.<sup>15, 16</sup>

Assim, o profissional de enfermagem deve buscar atualização, abandonar os mitos e rituais que existem sobre UPP presentes em sua prática e apropriar-se de resultados de pesquisas baseadas em evidências que fundamentem seu raciocínio clínico para a tomada de decisões.<sup>17</sup>

Uma das ferramentas que o enfermeiro pode utilizar para fundamentar sua prática são os estudos de caracterização de sua clientela. Estas pesquisas na área de prevenção e tratamento de UPPs são importantes porque mostram a situação de um passado distante

e recente sobre particularidades como tempo de tratamento, doenças pregressas, tipos de tecidos, localização, evolução da ferida, dentre outros. Essas características podem subsidiar ações para implementação da qualidade do cuidado em serviços de AD. Para tanto, o problema central desta pesquisa é como estão caracterizados os pacientes portadores de UPP em um serviço de AD.

Sob essa perspectiva, nesta investigação objetivou-se identificar a ocorrência de UPP, os fatores de risco e o processo de cicatrização considerando a terapia tópica utilizada.

- **METODOLOGIA**

Para responder aos objetivos deste estudo realizou-se uma pesquisa retrospectiva, descritiva e exploratória a partir da análise de prontuários de um serviço domiciliar de uma operadora de saúde da cidade de São José do Rio Preto. A amostra do estudo foi composta por pacientes incluídos no programa de assistência que apresentavam UPP. Como critério de exclusão para pesquisa foram excluídos aqueles que não tinham UPP.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2015. Foram analisados prontuários de pacientes entre 1998 e 2008. Esses estão inseridos no sistema Guardião Digital que consiste num sistema de informação em que os registros são digitalizados e disponibilizados aos colaboradores para consultas prévias. Para registro e análise foi utilizado um instrumento composto por dados relacionados às características do paciente e das UPPs como: idade, tempo de internação domiciliar, motivo da alta do programa, diagnóstico de inclusão no programa, doenças pregressas, número de lesões, sua localização, seus estágios, terapia tópica proposta e sua cicatrização.

A análise estatística identificou resultados concernentes à prevalência de UPP. As variáveis de caracterização amostral e fatores de risco foram coletados a fim de se observar possíveis associações. Adicionalmente, dados sobre terapia empregada foram avaliados para observar o processo de cicatrização das úlceras.

Foi feita uma análise de correspondência múltipla (MCA) cuja idéia era observar a disposição de todas as variáveis coletadas em um espaço bidimensional, permitindo avaliar a relação entre elas por meio do distanciamento em relação às variáveis resposta. Nesse contexto, quanto mais próximo as variáveis de caracterização estivessem da variável resposta, maior seria a relação entre elas. O contrário também seria válido, ou seja, quanto maior o distanciamento entre tais variáveis, menor a relação direta entre elas e maior a relação inversa.<sup>18</sup>

## • RESULTADOS

Do total de 1630 prontuários foram selecionados 183, que atenderam aos critérios de inclusão, e esses totalizaram 238 UPP. Os resultados abaixo se referem ao número total de pacientes que apresentaram UPP entre os anos de 1998 e 2008. A Tabela 1 mostra essa ocorrência, demonstrando os maiores índices nos anos de 2000, 2001, 2005 e 2007. A Tabela 2 mostra os valores percentuais das variáveis de caracterização amostral. A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (57,4%), tiveram alta como desfecho (63,7%). Com outros diagnósticos (37,2%), seguido de AVE (29,5%), doenças senis (19,7%) e fratura (13,7%). A hipertensão foi a doença progressiva mais frequente (37,2%).

A idade média dos 183 pacientes foi de 72,8 anos com desvio padrão de 16,2 anos e mediana de 77 anos. O coeficiente de variação foi de 22,3%. O tempo de internação médio foi de 1,4 anos com desvio padrão de 1,5 e mediana de 0,8 (um pouco mais de 9 meses de internação). O coeficiente de variação foi de 110%, sendo considerado muito elevado, mostrando que os dados apresentaram elevada dispersão verificada pela diferença entre a média e a mediana, visto que a última não é influenciada por valores discrepantes. O tempo mínimo de internação foi de 0,15 anos (quase 2 meses) e o máximo foi de 10,2 anos.

Os resultados da Tabela 3 mostram que a maioria dos pacientes avaliados apresentou úlceras sacrais (45,4%), seguido de úlceras localizadas no calcâneo (24,8%). A maioria das úlceras apresentou estágio 3 (55,4%), sendo que 76,5% foram cicatrizadas. A terapia tópica mais utilizada foi com ácidos graxos essenciais (AGE) com uma frequência de 32,3%, seguida de cobertura enzimática (27,7%) e hidrogel (19,7%).

A abordagem multivariada empregada foi a MCA e, para isso, a idade e o tempo de internação foram categorizados em faixas.

A idade foi categorizada em cinco faixas etárias: pacientes com menos de 39 anos, com idade entre 40 e 59 anos, 60 e 69 anos, 70 e 79 anos e idade superior a 80 anos. O tempo de internação foi categorizado em seis faixas: inferior a 6 meses, de 7 a 9 meses, de 10 meses a 1 ano, de 1,1 ano a 1,6 ano, de 1,7 ano a 2 anos e mais de 2 anos. Essa categorização foi necessária para proceder com a análise de correspondência múltipla.

A possibilidade de aplicação de ferramentas multivariadas é importante do ponto de vista estatístico e vem sendo uma tendência em trabalhos científicos, visto que a análise univariada apresenta certa limitação no que concerne à influência dos efeitos de todas as variáveis na variável resposta. A abordagem multivariada possibilita avaliar o efeito de todas as variáveis de caracterização no tipo de úlcera encontrado.

Para melhor entender as relações existentes entre as variáveis avaliadas o gráfico bidimensional foi dividido em quadrantes. Variáveis no mesmo quadrante apresentam elevada relação direta. Sendo assim, foi possível observar que cada tipo de UPP foi localizada em cada um dos quadrantes que, por sua vez, foi relacionada com um conjunto de variáveis.

De acordo com os resultados da Figura 1, a UPP sacral (3º quadrante) foi mais frequente em pacientes do sexo masculino, que apresentaram um tempo de internação de 6 a 9 meses e apresentando senilidade e outras doenças pregressas. Esse tipo de UPP geralmente não foi cicatrizada pois apresentou-se em estágios avançados 3 e 4. Além disso, as terapias tópicas mais empregadas para esse tipo de UPP foi a cobertura enzimática ou antimicrobiana e outros tipos de terapia. Geralmente esses pacientes foram a óbito.

Outro resultado observado foi referente à UPP localizada no calcâneo (2º quadrante), que apresentou relação direta com os pacientes com idade superior a 70 anos e com mais de 2 anos de internação. Os pacientes que geralmente apresentaram esse tipo de UPP foram vítimas de AVE, apresentando hipertensão como doença pregressa. Além disso, esse tipo de UPP foi tratada, de forma mais frequente, com hidrogel.

A UPP localizada no trocanter (1º quadrante) foi mais frequente em pacientes com idade entre 60 e 69 anos, do sexo feminino, que apresentaram tempo de internação entre 1 e 2 anos. Geralmente esses pacientes sofreram algum tipo de fratura (fêmur e/ou quadril) e obtiveram alta. Os pacientes que apresentaram esse tipo de UPP geralmente eram diabéticos ou apresentavam a hipertensão aliada à diabetes. Usualmente essa UPP apresentou cicatrização, sendo tratada com placa de hidrocoloide e AGE.

As UPPs que se apresentaram em outros locais foram determinadas em pacientes mais jovens com idade até 59 anos, com tempo de internação inferior a 6 meses ou entre 9 e 12 meses, apresentando outros diagnósticos e nenhuma doença pregressa. O conjunto dessas outras UPPs englobou locais como orelha, maleolo, glúteo, occipital e lombar.

Os resultados mostraram que essas UPPs apresentaram-se como mais simples de serem tratadas conjuntamente com as UPPs localizadas no trocanter, visto que esses pacientes obtiveram maior frequência de alta e de cicatrização dessas UPPs.

### • DISCUSSÃO

A UPP é uma lesão que pode ser prevenida e muitas vezes está associada à negligência de cuidados. A frequência de UPP encontrada neste estudo foi de 14,6%. Em estudo feito em Belo Horizonte com pacientes assistidos pela AD, a incidência de UPP foi de 20%, dado muito próximo a outro estudo feito com pacientes em cuidados paliativos domiciliares onde a prevalência foi de 18,8%. No Rio Grande do Sul foi feito um estudo com pacientes institucionalizados e a frequência variou de 11,1% a 23,2%. Outra pesquisa feita em UTI geral de hospital mostrou que a prevalência de UPP foi 25,4%.<sup>19-23</sup>

Quanto às características da população estudada, a idade média foi de 72,8 anos. Esse resultado se justifica pelo perfil deste paciente que normalmente está acamado e dependente de alguém para realizar as mínimas tarefas. Associado a esta realidade estão as doenças progressivas.

As mulheres predominaram (57,4%), fato comprovado em outros estudos que mostram que elas têm uma maior sobrevivência que homens no Brasil.<sup>1, 24</sup>

Esse estudo mostrou que a maioria das UPPs se localizou na região sacral (45,4%), seguida de calcâneo com 24,8%. Os estágios predominantes foram: 3 (54,2%), seguido do 2 (38,2%), que somando resultou em 92,4%. Esses dados corroboram com uma pesquisa em que a localização mais frequente foi a sacral, o mesmo resultado se mostrou em Portugal, com 40% das lesões nessa região.<sup>25, 26</sup>

Outra pesquisa apontou que a região predominante foi sacral, seguida de calcânea e divergindo apenas o estágio, pois o predominante foi o 2. Em um estudo com pacientes de cuidados paliativos mostrou-se também a predominância de UPP sacral e estágio 3. Nos Estados Unidos a úlcera por pressão em estágio 2 foi verificada em 60%.<sup>22, 27, 28</sup>

Das UPPs estudadas, em 76,5% a cicatrização ocorreu normalmente em pacientes com até 59 anos de idade. Pesquisas afirmam que o envelhecimento afeta diretamente a cicatrização das lesões, pois pessoas idosas têm a capacidade funcional diminuída e doenças crônicas como hipertensão e, principalmente, diabetes que influencia diretamente no processo de cicatrização.<sup>1, 29, 30</sup>

Outro estudo de AD mostrou que 54,1% dos pacientes portadores de UPPs adquiriram-nas em ambiente hospitalar. Esse dado não foi possível ser evidenciado nesta pesquisa pois a coleta foi baseada em prontuários digitalizados de um sistema de informação, e as anotações de enfermagem apresentavam informações incompletas. Estes registros são fundamentais por retratar a real condição do paciente.<sup>31-33</sup>

Os resultados da análise multivariada permitiram fazer projeções e algumas reflexões. As úlceras em estágios 1 e 2 podem cicatrizar com maior facilidade que as úlceras em estágios 3 e 4, pois no caso das UPPs em estágios 1 e 2 a destruição de tecidos acomete duas camadas da pele (epiderme e derme). Essas lesões cicatrizam com aplicação das mais variadas coberturas mas, principalmente, com o emprego de cuidados preventivos. O resultado também sugere que o uso da cobertura enzimática e antimicrobiana para UPP sacral não foi eficaz, visto que não resultou em cicatrização e, por conta de outros fatores como senilidade e doenças progressivas como osteoporose e doenças neurológicas, foi vinculada à maior frequência de óbito dos pacientes. Nesse contexto, terapias alternativas para esse tipo de UPP deveriam ser avaliadas para aumentar o índice de cicatrização, não sendo um fator responsável pelo aumento da frequência de óbito entre os pacientes acometidos por esse tipo de úlcera.

Os resultados de revisões sistemáticas da biblioteca Cochrane sobre as terapias tópicas de UPP demonstram que estes estudos apresentaram diversas falhas metodológicas e as mais comuns em relação ao uso de coberturas como alginato, hidrocolóide, hidrogel e aloe vera são: amostras pequenas, de curta duração, com tratamento e análise inadequada de dados estatísticos e randomização incorreta. Dentro dessa visão, as conclusões demonstram grande risco de viés metodológico e falta de clareza.<sup>34-37</sup>

A análise multivariada sugere que pacientes senis, com doenças neurológicas e osteoporose foi vinculada a uma maior frequência de óbito e não cicatrização da úlcera por pressão. Assim, mostrou-se necessário que fosse realizado o reposicionamento, que é um componente integral de prevenção e tratamento de úlceras de pressão e tem uma forte fundamentação teórica, além de ser amplamente recomendado na prática.

Embora os estudos que foram realizados nesta área apresentem falta de clareza na metodologia, em uma pesquisa internacional foi realizado o reposicionamento lateral em diferentes ângulos. Durante o dia a mudança era feita a cada três horas numa angulação de 30°, já à noite era feita a cada seis horas numa angulação de 90°. Nesta

pesquisa não houve diferença entre as duas modalidades usadas, entretanto pode-se concluir que o a mudança de decúbito deve acontecer de maneira sistemática para que a prevenção e o tratamento de úlceras por pressão sejam eficazes.<sup>38</sup>

### • CONCLUSÃO

A frequência média de úlcera por pressão no serviço de AD no período de 1998 a 2008 foi de 14,6%. A maior parte da população foi composta por mulheres. A localização de maior ocorrência foi sacral, no estágio três. A terapia tópica mais utilizada foi o AGE e a maioria das UPPs cicatrizaram.

Com relação à análise multivariada verificou-se que a úlcera sacral em estágios 3 e 4 foi mais frequente em pacientes do sexo masculino e, em geral, não cicatrizou. A úlcera calcânea foi maior em pacientes com mais de 70 anos, com dois anos de internação domiciliar e vítimas de AVE. A úlcera trocantérica em estágio um e dois foi mais frequente em mulheres entre 60 e 69 anos, com algum tipo de fratura. Essas úlceras cicatrizaram na sua maioria e os pacientes obtiveram alta do programa domiciliar.

### • REFERÊNCIAS

1. Chiayamiti, E. M. P. C.; Caliri, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. Ribeirão Preto: Acta Paul. enferm. 2010; 23(1):29-34.
2. Silva, AJ; Pereira, SM; Rodrigues, A, et al. custo econômico do tratamento das úlceras por pressão. Revista Escola de Enfermagem da USP 2013; 47(4): 971-6.
3. Rodrigues, M. R.; Almeida, R. T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. São Paulo: Acta paul. Enferm, 2005; 18(1): 20-4.
4. Fabricio, S. C. C.; Wehber, G.; Nassur, F. B; Aandrade, F. B. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Ribeirão Preto: Rev Latino-am Enfermagem, 2004; 12 (5): 721-6.
5. Coelho, ADA; Lopes, MVO; Melo, RP; Castro, ME. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento hospitalar. Fortaleza: Rev Rene. 2012; 13(3):639-49.
6. Nóbrega, OT; Karnilowski, MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados

- na medicação. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10(2):309-313, 2005.
7. Coroas, ACM. Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa 2010.
  8. Castilho, L. D.; Calibri, M. H. L. Úlcera por pressão e estado nutricional: revisão de literatura. São Paulo: *Ver BrasEnferm*, 2005; 58(5): 597-601.
  9. Campos, S. F.; Chagas, A. C. P.; Costa, A. B. P.; França, R. E. M.; Jansen, A. K. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão: o impacto da nutrição. Campinas: *RevNutr*, 2010; 23(5): 703-714.
  10. Lise, F.; Silva, L. C. Prevenção de úlceras por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Maringá: *Acta Sci. Health Sci.*, 2007; 29(2): 85-89.
  11. Shanin, E. S. M.; Meijers, J. M. M.; Schols, J. M. G. A.; Tannen, A.; Halfens, R. J. G.; Dassen, T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospital and nursing homes. Berlin: *Nutrition*, 2010; 26: 886-889.
  12. Bergstrom, N.; Braden, B. J.; Laguzza, A.; Holman, V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 1987; 36(4): 205-10.
  13. Fernandes LM. Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados – uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2000.
  14. Faustino, AM; Jesus, CAC; Kamada, I; Reis, PED; et al. O conhecimento de enfermeiros acerca dos novos descritores de classificação para úlcera por pressão: estudo descritivo. *Online BrazilianJournalofNursing*; 9(1), 2010.
  15. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução RDC n. 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2014 jan. 31]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
  16. Medeiros, ABF; Lopes, CHAF; Jorge, MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. São Paulo: *Rev Escola de Enfermagem da USP*; 2009; 43(1):223-8.

- 
17. Poletti, NAA. O ensino da prevenção e tratamento de úlceras por pressão em escolas públicas do estado de São Paulo. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.
18. Hair, JF, Black, WC, Babin, BJ, Anderson, RE, Tatham, RL. Análise Multivariada de Dados. Porto Alegre: Bookman; 2009, (6th ed.); 593p.
19. Oliveira, FHF; Romano, OS; Espíndula, SP. Ações de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos: o que o enfermeiro pode fazer? Rev. Adm. Saúde. 2009 jul. [acesso em 2012 out 18];18p. Disponível em: [http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552\\_50.pdf](http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_50.pdf)
20. Freitas, JPC; Alberti, LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. São Paulo: Acta Paul. Enferm; 2013; 26(6):515-21.
21. Queiroz, ACCM; Mota, DDCF; Bachion, MM; Ferreira, ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e característica. São Paulo: Ver. Esc. Enferm USP; 2014; 48(2): 264-71.
22. Freitas, MC; Medeiros, ABF; Guedes, MVC; Almeida, PC; Galiza, FT; Nogueira, JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Porto Alegre: Rev. GauchaEnferm. (Online); 2011; 32(1): 143-50.
23. Cardoso, MCS; Caliri, MHL; Hass, VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. Belo Horizonte: Rev. Min. Enf; 2004; 8(2): 316-320.
24. Camarano, AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. (Texto para discussão, 858). [cited 2009 Mar20]. Available from: <http://www.alzheimer.med.br/demografia.pdf>.
25. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. RevElettr Enf. [periódico na Internet] 2010 [citado 2012 jan 13];12(4):19-26. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile /8481/8495>.

- 
26. Pini, L. R. Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2012.
  27. Rogenski N, Santos V - Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13:474- 480.
  28. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int J PalliatNurs*. 2002;8(5):214-21.
  29. Stotts NA, Hopf HW. Facilitating positive outcomes in older adults with wounds. *NursClin North Am*. 2005;40(2):267-79.
  30. Mendonça, R; Coutinho-Netto, J. Aspectos Celulares da Cicatrização. *AnBrasDermatol*. Vol.83, nº3 , p.257-262, 2009.
  31. Coêlho ADA, Lopes MVO, Melo RPM, Castro MEC. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev Rene*. 2012; 13(3):639-49.
  32. Matsuda LM, Silva DMPP, ...vora YDM, Coimbra JAH. Anotações/ registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *RevEletrÚnicaEnferm*. [Internet]. 2006;8(3):415-21. [citado 2008 Maio 18] Disponível em: [http:// www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm)
  33. Setz VG, D´Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009 Jun; 22(3):313-17.
  34. Heyneman A, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers. *J ClinNurs*. 2008;17(9):1164-73.
  35. Dumville JC, Stubbs N, Keogh SJ, Walker RM, Liu Z. Hydrogel dressings for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;17;2:CD011226.
  36. Dumville JC, Keogh SJ, Liu Z, Stubbs N, Walker RM, Fortnam M. Alginate dressings for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;5:CD011277.
  37. Dat AD, Poon F, Pham KB, Doust J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD008762.
  38. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD009958.

**Tabela 1.** Frequência de UPP entre 1998 e 2008.

Ano	N	n (UPP)	% (UPP)
1998	32	4	12,5
1999	38	3	7,9
2000	45	11	24,4
2001	80	16	20,0
2002	125	18	14,4
2003	114	10	8,7
2004	135	15	11,1
2005	177	33	18,6
2006	299	48	16,0
2007	265	46	17,3
2008	320	34	10,6
Total	1630	238	14,6

**Tabela 2.** Percentuais referentes à caracterização amostral

Variáveis de caracterização amostral	n	%
<b>Sexo</b>	183	100
Feminino	105	57,38
Masculino	78	42,62
<b>Desfecho</b>	182	100
Alta	116	63,74
Óbito	66	36,26
<b>Diagnóstico de inclusão</b>	183	100
Acidente vascular encefálico	54	29,51
Fratura	25	13,66
Outros <sup>1</sup>	68	37,16
Doenças senis <sup>2</sup>	36	19,67
<b>Doenças progressas</b>	183	100
Diabetes	13	7,10
Diabetes e hipertensão	22	12,02
Hipertensão	68	37,16
Nenhuma	35	19,13
Outras <sup>3</sup>	45	24,59

<sup>1</sup>Outros diagnósticos: trauma raquimedular, revascularização do miocárdio, trombose venosa profunda, obstrução intestinal, paraplegia, neoplasias, esclerose múltipla, tumores.

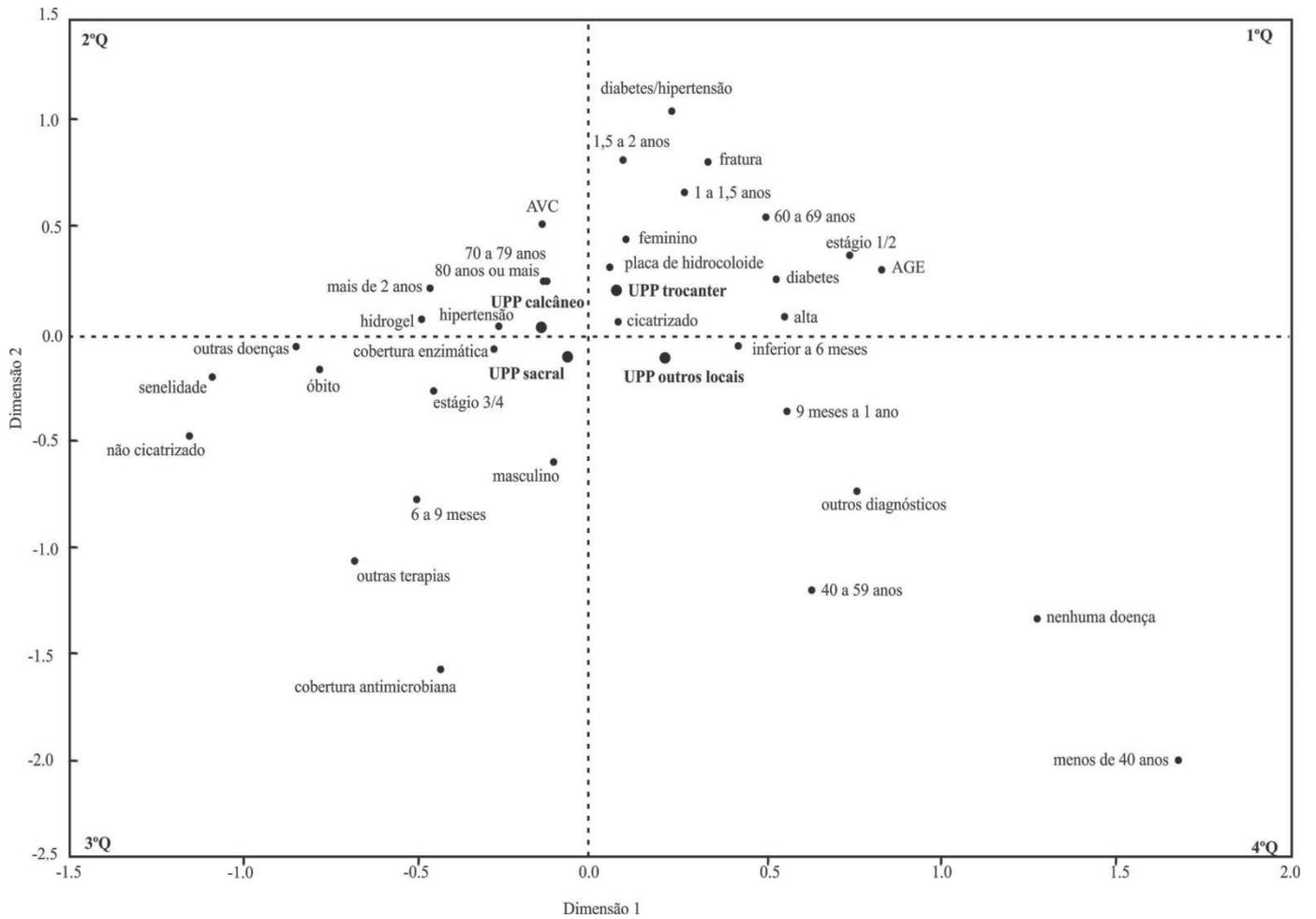
<sup>2</sup>Doenças senis: doença de Parkinson e doença de Alzheimer.

<sup>3</sup>Outras doenças progressas: osteoporose, dislipidemias, megacolon chagásico.

**Tabela 3.** Caracterização das UPPs dos pacientes avaliados segundo local, estágio, cicatrização e terapia tópica.

<b>Variáveis de caracterização das úlceras</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Local das úlceras</b>	238	100
Sacral	108	45,4
Calcâneo	59	24,8
Trocanter	36	15,1
Outros	35	14,7
<b>Estágio das úlceras</b>	238	100
1	8	3,3
2	91	38,2
3	129	54,2
4	5	2,1
Não estagiadas	5	2,1
<b>Cicatrização</b>	238	100
Sim	182	76,5
Não	56	23,5
<b>Terapia Tópica</b>	238	100
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	77	32,3
Cobertura antimicrobiana	11	4,6
Cobertura enzimática	66	27,7
Hidrogel	47	19,7
Outros <sup>1</sup>	12	5
Placa de hidrocoloide	25	10,5

<sup>1</sup>Outros tipos de terapia: clara de ovo, fibra de alginato, hidrofibra com prata, alginato, rifocina e trofodermin.



**Figura 2.** Configuração das variáveis avaliadas no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla.

