



**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE
LONDRINA**

**EDUARDO ALVES FABIANO
MARCILIA RODRIGUES**

**A PELE DO IDOSO E A PREDISPOSIÇÃO PARA ÚLCERA
POR PRESSÃO:
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AO CUIDADOR**

**Londrina
2014**

**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE
LONDRINA**

**EDUARDO ALVES FABIANO
MARCILIA RODRIGUES**

**A PELE DO IDOSO E A PREDISPOSIÇÃO PARA ÚLCERA
POR PRESSÃO:
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AO CUIDADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, como parte dos requisitos para obtenção do grau em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Cristhiane da Silva Ferreira Gonçalves.

**Londrina
2014**

EDUARDO ALVES FABIANO
MARCILIA RODRIGUES

**A PELE DO IDOSO E A PREDISPOSIÇÃO PARA ÚLCERA POR
PRESSÃO:
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AO CUIDADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Ensino Superior
de Londrina – INESUL, como parte dos
requisitos para obtenção do grau em
Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Cristhiane da Silva Ferreira Gonçalves

Prof. Componente da Banca

Prof. Componente da Banca

Londrina, _____ de _____ de _____.

HOMENAGEM

Para uma amiga especial, um anjo que apareceu em nossas vidas, que nos cativou com seu olhar meigo e sorriso solto.

Sem querer você apareceu, não esperava encontrar alguém assim tão especial na minha vida, trouxe para nossas vidas o brilho no olhar e sorriso lindo nos lábios, depois que te conheci sempre tive a sensação de nunca estar sozinha, de um jeito muito especial me fez acreditar que existe amigos verdadeiros, que não importa se está tudo bem ou se está tudo mal sempre estaríamos juntas.

A verdadeira amizade é aquela que a lembrança não apaga, a distância não separa e a maldade não destrói.

Essa homenagem é pra você, que sempre esteve comigo quando precisei, que sempre estará na arquibancada da vida torcendo por nós, seja aonde quer que esteja agora.

A vida é um caminho cheio de surpresas, e o final dele ninguém conhece.

Mas tenho a certeza que você sempre esteve lutando pelos seus sonhos, e que se hoje não está mais entre nós é por que Deus que não merecia mais sofrer nessa vida, que você amiga é um anjo que se foi.

Dedico essa homenagem a você amiga Trayssy Danielle da Silva, que com muito amor e carinho dedicou seu tempo a brilhar em nossas vidas, dedico á você que sempre estará viva em nossos corações.

Te amamos...

Pra sempre Dani

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

À esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À nossa orientadora Prof^a Cristhiane da Silva Ferreira Gonçalves, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

FABIANO, Eduardo Alves; RODRIGUES, Marcilia. **A pele do idoso e a predisposição para úlcera por pressão: a atuação do enfermeiro junto ao cuidador.** 2014. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ensino Superior de Londrina, Londrina, 2014.

RESUMO

A pele protege o organismo e dentre suas funções está a de servir como isolante dos componentes orgânicos do meio externo. A manutenção da integridade da pele em idosos baseia-se no conhecimento e medidas de cuidados relativamente simples, que podem ser realizadas de maneira universal, tendo validade tanto na prevenção de úlceras por pressão (UPP) quanto por outras lesões que venham a danificar a pele do indivíduo e decorre devido ao fluxo sanguíneo deficiente, uma vez que os nutrientes deixam de ser transportados para a célula, e os produtos de degradação se acumulam, ocorrendo à isquemia seguida de hiperemia, edema e necrose tecidual, evoluindo para a morte celular. O presente trabalho por meio de revisão de literatura objetivou conhecer sobre a pele do idoso, sua predisposição para úlcera por pressão e o papel do enfermeiro frente ao cuidador. Foi percebido que a manutenção da integridade da pele em idosos baseia-se no conhecimento e medidas de cuidados relativamente simples, que podem ser realizadas de maneira universal, tendo validade tanto na prevenção de úlceras por pressão. Dessa forma a enfermagem, ou seja, o enfermeiro é o profissional capacitado em identificar a necessidade de cuidados, repassar cuidados básicos, porém eficazes que possam contribuir para a prevenção dessas lesões e acompanhar o tratamento quando nos casos necessários a fim de promover o conforto e a integridade dos idosos. Infere-se que o enfermeiro tem um papel relevante na capacitação do na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

Palavras-chave: Úlcera por pressão. Tratamento. Idoso. Enfermagem. Cuidador.

FABIANO, Eduardo Alves; RODRIGUES, Marcilia. **The skin of the elderly and the predisposition for pressure ulcer**: the role of the nurse with the caregiver. 2014. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ensino Superior de Londrina, Londrina, 2014.

ABSTRACT

The skin protects the body and among its functions is to serve as insulator of the organic medium components externo. A maintaining the integrity of the skin in older people is based on the knowledge care and relatively simple measures that can be performed in a universal manner, having validity in the prevention of pressure ulcers (PU) and other injury that might damage the skin of the individual and runs due to poor blood flow, once the nutrients are no longer transported to the cell and degradation products accumulate, going to ischemia followed by hyperemia, edema and tissue necrosis, progressing to cell death. This work through literature review aimed to learn about the skin of the elderly, their predisposition to pressure ulcers and the nurse's role against the caregiver. It was realized that the maintenance of skin integrity in the elderly based on knowledge care and relatively simple measures that can be performed in a universal manner, having validity in the prevention of pressure ulcers. Thus nursing ie the nurse is able to identify the need for care, but effective pass basic care that may contribute to the prevention of these injuries and to monitor treatment in cases when required to promote the comfort and the professional integrity of Senior citizens. It is inferred that the nurse has an important role in training in the prevention and treatment of pressure ulcers.

Key words: Pressure ulcer. Treatment. Aged. Nursing. Caregiver.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pacientes que possuem UPP	12
Gráfico 2 – Faixa etária dos pacientes	31
Gráfico 3 – Gênero.....	32
Gráfico 4 - Escolaridade	33
Gráfico 5 – Renda familiar	34
Gráfico 6 – Estado civil.....	35
Gráfico 7 – Tempo de internação	36
Gráfico 8 – Quantas vezes é feito o curativo.....	37
Gráfico 9 – É diabético?	38
Gráfico 10 – Há quanto tempo tem a úlcera por pressão	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Objetivos	10
1.1.1	Objetivo geral	10
1.1.2	Objetivos específicos	10
2	METODOLOGIA	11
3	REVISÃO	13
3.1	A Pele: Características e Funções	13
3.2	Úlcera por Pressão	23
3.2.1	Classificação e escalas da úlcera por pressão	24
3.2.2	Tratamento da UPP	26
3.3	O Papel do Enfermeiro na Capacitação do Cuidador do Idoso Portador de Úlcera Por Pressão	29
4	ANÁLISE DOS DADOS	31
5	ARTIGO	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	58
	Apêndice A – Questionário	59

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo que atinge a todos os seres vivos e envolvem circunstâncias favoráveis à diminuição da possibilidade de sobrevivência. Apresentam mudanças no comportamento, na aparência e nas experiências. Desse modo em muitas ocasiões a qualidade de vida dos idosos depende de atenção adequada e cuidados básicos em seu aspecto físico, mental, social e psicológico, ou seja, a qualidade de vida na terceira idade pode ser compreendida como a manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana.

Ela pode ser melhorada pela intervenção tanto de familiares quanto de profissionais da área de saúde ou correlatas à mesma. Tais intervenções devem ter como alvo ajudar a manter e a programar o bem-estar físico, emocional e cognitivo dos idosos, auxiliar a família a superar os conflitos gerados pela situação de cuidado, ajudá-la a tomar as providências necessárias à incrementação da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2013).

A manutenção da integridade da pele em idosos baseia-se no conhecimento e medidas de cuidados relativamente simples, que podem ser realizadas de maneira universal, tendo validade tanto na prevenção de úlceras por pressão (UPP) quanto por outras lesões que venham a danificar a pele do indivíduo. (BRASIL, 2013).

A UPP comumente denominada causa danos consideráveis aos pacientes, prejudica a recuperação funcional, na maioria das circunstâncias causam dor e levam ao desenvolvimento de infecções graves em muitas vezes provocam septicemia e mortalidade. Se faz necessário que tal úlcera também é conhecida pelos sinônimos, úlcera de pressão, escara de decúbito e úlcera de decúbito segundo os Descritores em Ciências da Saúde (BIREME, 2014).

Sabe-se que na grande maioria das vezes as úlceras por pressão são evitáveis e de acordo com Brasil (2013) apenas nos estados Unidos aproximadamente 600 mil óbitos ocorridos em hospitais anualmente são em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo estimado do tratamento para essas úlceras apenas naquele país chega a casa de 11 bilhões de dólares por ano.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Abordar a importância do profissional de enfermagem na profilaxia e no tratamento de idosos acamados portadores de ulcera por pressão.

1.1.2 Objetivos específicos

- Abordar a fisiologia da pele e do envelhecimento;
- Conceituar ulcera por pressão;
- Apontar fatores que contribuem para o aparecimento de úlcera por pressão;
- Abordar o papel do profissional de enfermagem junto aos cuidadores de idosos portadores de ulcera por pressão.

2 METODOLOGIA

A metodologia descreve e explica os procedimentos que serão realizados a fim de alcançar os objetivos traçados em um trabalho científico. (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Foi empregado o método quantitativo que para Lakatos e Marconi (2010) difere-se do qualitativo uma vez que a pesquisa qualitativa aceita de forma explícita a “influência de crenças e valores sobre a teoria, sobre a escolha de tópicos de pesquisa, sobre o método e sobre a interpretação de resultados” (GÜNTHER, 2006, p. 203) e na pesquisa quantitativa tanto as crenças, quanto os valores pessoais não são considerados, ou melhor, não influenciam no processo científico.

Desta forma, o quantitativo e qualitativo se complementam e a escolha entre eles no processo de abordagem está associada de forma direta aos objetivos e as finalidades de cada pesquisa.

Realizou-se uma busca no banco de dados BIREME, uma vez que seu portal é livre, ou seja, proporciona o uso na busca de documentos científicos sem necessidade de assinatura ou pagamento prévio. Ressalta-se que o banco de dados BIREME permite que se faça a busca assíncrona nas bases de dados como Medline (National Library of Medicine), Scielo (Scientific Eletronic Library On-line), Lilacs (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Banco de Dados de Enfermagem) entre outros.

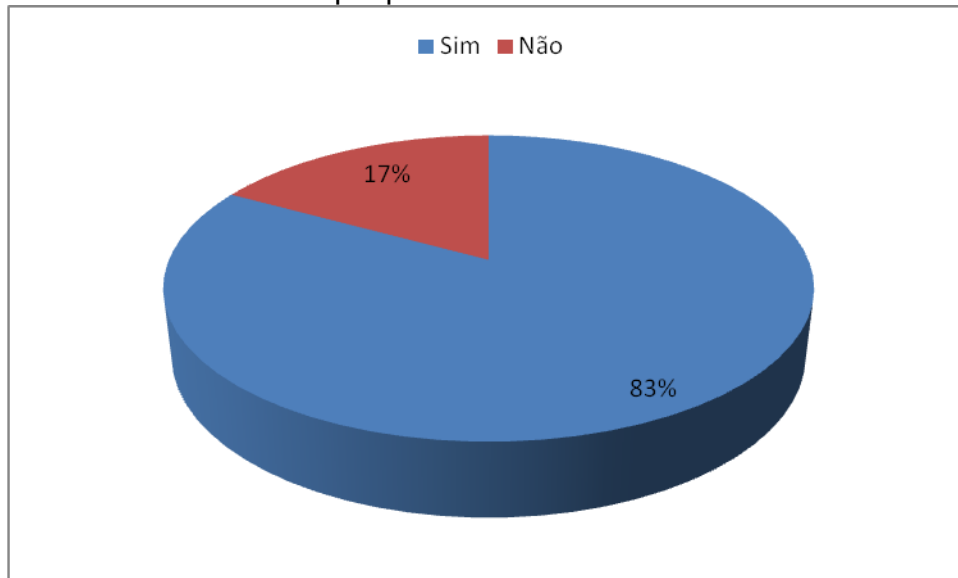
Assim os documentos elencados na busca bibliográfica, foram os que se encontraram disposto para download tendo como periodicidade os últimos 10 anos, dando preferência a artigos, embora o referencial teórico também contemple livros, protocolos entre outros documentos.

No entender de Oliveira (2008) esta metodologia permite a busca de percepções e o entendimento geral de uma determinada questão, por sua vez Minayo (2004) aponta que tal procedimento auxilia na resposta de questões.

A pesquisa foi realizada em uma casa de repouso situada na região central na cidade de Londrina-Pr, que abriga 47 pacientes. A população constitui-se de 8 pacientes por serem os que se encaixavam com o objetivo do questionário, ou seja, portadores de úlcera por pressão (Gráfico 1). O sigilo em relação ao nome da empresa e da população deste estudo tem o intuito de preservação da imagem dos

mesmos.

Gráfico 1 - Pacientes que possuem UPP



Fonte: Do autor.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro do corrente ano através de questionário (Apêndice 1).

3 REVISÃO

3.1 A Pele: Características e Funções

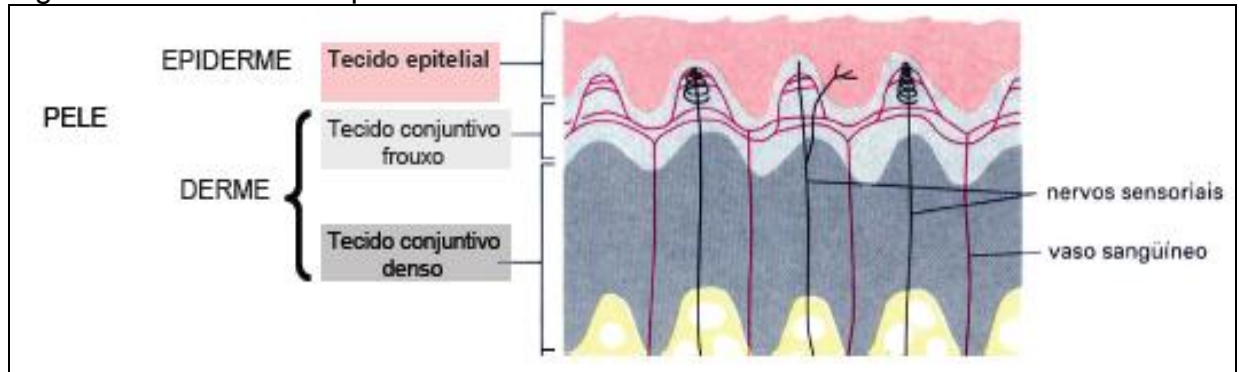
A pele reveste o organismo e isola os componentes orgânicos do meio externo, segundo Sartori e Lopes (2010), ela separa nossos fluidos, células, e sistemas biológicos, protegendo desse modo os órgãos do meio exterior, também tem a função regulatória e metabólica, sendo o maior órgão do corpo humano, uma vez que a cada 3 cm de pele encontra-se mais de 3 milhões de células, 90 cm de vasos sanguíneos, 50 terminações nervosas e aproximadamente 340 glândulas sudoríparas. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

Sua formação Guirro e Guirro (2010) compreende-se por camadas, sendo as principais a epiderme e a derme, a epiderme encontra-se sobre a tela subcutânea, ou seja, é a camada superficial que abriga tecidos epiteliais, vasos sanguíneos, linfáticos, terminações nervosas folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebácea e células como, fibroblastos, mastócitos, monócitos, macrófagos, plasmócitos entre outros. Tendo a camada córnea ainda mais superficial que a epiderme e abriga células mortas preenchidas pela queratina, originando então uma cobertura que envolve toda a superfície corpórea, a fim de barrar agentes prejudiciais do meio externo e diminuir a perda de água do organismo. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

Ressalta-se que há outras funções distintas da pele, dentre elas está a de reservar água e alimento, organizar e processar informações, atuar como receptores sensoriais e organizar e processar as informações. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

Para melhor visualização a figura a seguir representa as camadas.

Figura 1 – Camadas da pele



Fonte: Junqueira e Carneiro (2013, p. 48).

Cada camada corresponde a uma finalidade e assim, a camada lúcida é encontrada com mais evidência em regiões onde a pele é mais espessa como sola dos pés e palmas das mãos, dispõe-se imediatamente abaixo do estrato córneo e é constituída por uma delgada camada de células achatadas e translúcidas intimamente ligadas (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

Já a camada granulosa segundo Anderson (2014) é formada por 2 a 5 estratos, tendo suas estruturas achatadas constituídas por grânulos de queratohialina que podem estar associados com o fenômeno de queratinização dos epitélios.

As células da camada espinhosa possuem aspecto espinhoso devido aos desmossomas, que por sua vez fazem com que essas células se unam as células vizinhas. Os filamentos de queratina têm importante papel nesta camada, fazendo com que haja manutenção da coesão entre as células da epiderme e na resistência ao atrito. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

A camada germinativa, também denominada como basal é a mais importante estrutura da epiderme, com intensa atividade mitótica, responsável pelo crescimento contínuo permitindo que sua renovação ocorra de 20 a 30 dias, dependendo da região do corpo. Essa camada é constituída por células cúbicas, com núcleos grandes e pouco citoplasma possui retículo endoplasmático, aparelho de Golgi, ribossomos, tonofilamentos e visículas de pinocitose (ANDERSON, 2014).

As células originadas da medula óssea e por meio da atividade motórica recebem o nome de Células de Langerhans. Sua distribuição na epiderme é topograficamente variável, sendo mais abundante na cabeça, face, pescoço, tronco

e membros, existindo em menor quantidade nas regiões palmo-plantares, genitais e região sacro-coccígea, constituindo 2 a 8% da população celular total da epiderme.

Assim, as Células de Merkel são encontradas em grande quantidade na pele da palma das mãos e planta dos pés, em especial nas pontas dos dedos. Estão localizadas na parte profunda da epiderme; apoiam-se na membrana basal e estão presas aos queratinócitos. São responsáveis pelas sensações táteis dos mecanoreceptoras. (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

A derme é a camada mais profunda da pele, sendo constituída por tecido conjuntivo fibroelástico com grande vascularização, subdividindo-se em duas camadas: reticular e papilar. (ANDERSON, 2014).

Nela estão localizadas a maior parte das estruturas vivas da pele, encontram as fibras elásticas, colágenas, reticulares, vasos sanguíneos e linfáticos, nervos entre outras estruturas. Podemos dividi-la em duas camadas distintas, ou seja, a superficial chamada camada papilar e a profunda a camada reticular. (ANDERSON, 2014).

A camada papilar se compõe por colágeno fino, fibras elásticas delicadas e capilares imersos em abundante substância fundamental. (SCHOR, 2008). E para Guirro e Guirro (2010), contém elevações que reentram na epiderme chamada papilas dérmicas, sua função é aumentar o contato entre a derme e epiderme dando mais resistência a pele.

Já a camada reticular de acordo com Anderson (2014), é a camada mais profunda do tecido conectivo denso, constituída por vasos sangüíneos e linfáticos, nervos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas, grossos feixes de fibras colágenas, fibras elásticas e reticulares e corpúsculos de Pacini.

A hipoderme (tecido subcutâneo) é formada por tecido conjuntivo frouxo, que une a derme aos órgãos subjacentes. Pode ter uma camada variável de tecido adiposo que desenvolvida forma o panículo adiposo, com a função de modelagem corporal, proteção contra frio e impactos, e também reserva de energia. (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013). Além disso, a pele é permeável a gases verdadeiros e substancias voláteis, como éter, sendo o modo de penetração é da difusão por meio das leis da física. Já para algumas substancias lipossolúveis como hormônio esteróides, vitaminas A e D, derivados fenólicos entre outros a absorção é em graus variados.

Nesse sentido, a elasticidade dos tecidos é de fundamental importância para o ser humano em vários órgãos, podendo ser determinada pela orientação das linhas de fenda ou linhas de Langer. A tensão da elasticidade varia de direção conforme a região do corpo e isto se deve à variação da direção geral das fibras colágenas e elásticas da derme. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

As fibras colágenas de acordo com Bonetti (2007) são constituídas de uma proteína muito abundante chamada colágeno, o qual Silva (2005), relata que são três os tipos constituintes: O tipo I que é sintetizado pelo fibroblasto e células do músculo liso com importante papel na estrutura da pele, tendão, ossos e parede dos vasos. O tipo II que é constituído da cartilagem hialina e o tipo III que também é sintetizado pelas células do músculo liso. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

As fibras colágenas estão mais presentes no tecido conjuntivo, são rígidas e tem força tensora na fase de cicatrização de ferimentos, promovendo remodelação, involução, inflamação e reparo dos tecidos. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

Para Junqueira e Carneiro (2013), o componente principal das fibras elásticas, é a escleroproteína que é mais resistente que o colágeno. Estruturalmente a elastina é resistente a diversas enzimas, mas pode ser digerida pela elastase secretada pelo pâncreas. Essas fibras na pele formam uma rede que se estende da junção dermoepidérmica ao tecido conectivo da hipoderme, estando também presentes na parede dos vasos e em torno do folículo piloso.

O processo do envelhecimento biológico normal, intrínseco - sendo este partindo do próprio ser e relaciona-se com alterações provocadas dentro de um padrão normal de envelhecimento, as quais são geneticamente programadas, sendo quase que universal dentro da espécie. (KAKIHARA, 2013).

Esta universalidade é utilizada como critério entre o envelhecimento normal e o anormal. O envelhecimento extrínseco é o resultado das influências externas ao ser, sendo eles a poluição do ar e a luz solar alguns dos exemplos que podem acelerar o processo de envelhecimento, esses podem ser eliminados ou reduzidos com intervenções efetivas de cuidado da saúde. (KAKIHARA, 2013).

Com as transformações celulares e extracelulares do idoso, há uma metamorfose no aspecto físico em conjunto com o declínio na função, ocorrendo ainda alterações mensuráveis na forma física e na sua constituição corporal, onde a

capacidade de manter sua homeostasia torna-se comprometida no decorrer dos dias. (KAKIHARA, 2013).

Com o envelhecimento celular, onde sistemas orgânicos não vão funcionar em sua máxima eficiência em virtude dos déficits celulares e teciduais. As células a capacidade de se substituírem, acumulando um pigmento conhecido como lipofucsina, há ainda a degradação da elastina e do colágeno, fazendo com que o tecido conjuntivo se torne mais rígido e conseqüentemente menos elástico. (KAKIHARA, 2013).

Com o avançar da idade, vão ocorrer no indivíduo algumas alterações tanto estruturais como funcionais. Esse fenômeno varia de pessoa para pessoa sendo encontrado em todas as pessoas idosas por fazer parte do processo de envelhecer.

Com o aumento nestas últimas décadas de forma acentuada, dos idosos e que estes de alguma forma ainda permaneciam em atividade e produzindo, levaram a mudar este modo de pensar e se desenvolveu lentamente o interesse pelo estudo do envelhecimento, multiplicam-se então nesta última metade do século, os estudos experimentais e clínicos relacionados com o processo envelhecer, passando para um melhor conhecimento, dentro da atualidade o envelhecimento está fundamentalmente relacionado com as alterações de proteínas que compõe o organismo. (ROCHA FILHO et al., 2013).

As proteínas representam 15% dos componentes orgânicos e são elementos responsáveis pela formação das estruturas nobres do organismo, como células, tecidos e órgãos. Além disso, são também componentes do sistema bioquímico, relacionados à produção de energia. Há várias teorias tentando explicar essa alteração protéica no envelhecimento.

Todavia as mais aceitas são a teoria da deterioração da síntese protéica e a teoria do relógio biológico, ambas de fato falam em diversos mecanismos que teriam influência sobre esse mecanismo de alteração protéica, sendo ele classificado como intrínseco e extrínseco. (WOLD, 2013).

Em um primeiro momento encontra-se a hereditariedade, os radicais livres, as alterações imunológicas e entre os últimos, a alimentação, as variações climáticas e a radioatividade. Essas metamorfoses sofridas na síntese protéica vão refletir nas células nos tecidos e nos órgãos, alterando-os morfologica e

funcionalmente. (WORLD, 2013).

Deve-se atentar-se às considerações gerontológicas uma vez que a com o avanço da idade há diminuição da espessura epidérmica, no colágeno dérmico e a elasticidade tissular. A pele sofre transformações, ficando mais seca devido à diminuição da atividade das glândulas sebáceas e do suor. (WORLD, 2013).

Na questão cardiovascular, as transformações vão resultar em uma perfusão tissular diminuída. Os tecidos musculares atrofiam-se, e as estruturas ósseas tornam-se mais proeminentes; outra transformação se dá quanto à percepção sensorial, a qual fica reduzida e em conjunto com a percepção, a habilidade para se reposicionar. Todos esses fatores juntos contribuem para uma maior pressão prolongada sobre a pele, dessa forma o idoso vem a ser mais susceptível às úlceras por pressão, o que lhe causa grande sofrimento e dor, reduzindo sua qualidade de vida. (WORLD, 2013).

Sabe-se que as células envelhecem em uma velocidade diferenciada, ou seja, de acordo com o órgão a que pertencem. Dentro desse contexto, vemos que as células das vilosidades intestinais apresentam duração de dias, as células dos órgãos sexuais secundárias só entram em atividade mitótica na puberdade, e os neurônios do sistema nervoso não se dividem. Pode-se classificar as células humanas em quatro grupos, segundo seu grau de diferenciação, sendo elas: células relativamente indiferenciadas, as quais estão destinadas a produzir outras células, tendo como exemplo, as células basais da epiderme e as células primordiais do sangue; células derivadas do grupo anterior, com diferenciação funcional progressiva, capazes de se dividir até chegar à etapa final de diferenciação; células diferenciadas, como as do fígado, rim, tireoide, raramente se dividem, porém possuem potencial para tanto, caso necessite; células que não se dividem, como os neurônios e as fibras miocárdicas. (ARAÚJO; BERTOLINI; MARTINS JUNIOR, 2014).

Dentro dessa perspectiva, vê-se que alterações determinadas pelo envelhecimento vêm a ser passíveis de reparação nas células dos dois primeiros grupos, contudo quanto às células do terceiro, e principalmente do quarto grupo, são definitivas e irreversíveis. (ARAÚJO; BERTOLINI; MARTINS JUNIOR, 2014).

Algumas teorias genéticas levam a pensar que as células começam a envelhecer quando ocorrem erros no decorrer das mutações somáticas,

reorganizações cromossômicas ou transição de material genético, esta teoria foi chamada de teoria da catástrofe-erro. (ARAÚJO; BERTOLINI; MARTINS JUNIOR, 2014).

Dentro do nível do núcleo são observadas alterações importantes, onde, colocando o núcleo de uma célula jovem com o citoplasma de uma célula idosa, este conjunto se comporta como jovem, enquanto que associando o núcleo de uma célula idosa ao citoplasma de uma célula jovem este se comporta como idoso. Nota-se que o núcleo, no envelhecimento, apresenta transformações de tamanho, inclusões e aumento do número e do tamanho dos nucléolos, portanto as alterações cromossômicas que consistem na transformação da forma, fragmentação e encurtamento vêm a ser de suma importância. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Algumas teorias genéticas propõem que todo o processo do envelhecimento é programado pelos nossos genes, desde o nascimento até a morte. Alguns acontecimentos como a puberdade e menopausa, os quais estão relacionados com a idade, são formadores do relógio biológico programado em cada célula. Dentro desta teoria o tempo de vida vai estar relacionado com um ou mais genes específicos positivamente ativos, tanto os principais como os secundários, contribuindo de maneira diferente ou em associação com outros genes para a longevidade. (SPIRDUSO, 2005).

Todavia, estas teorias propõem que um ou mais genes ditam o envelhecimento celular, dentro do núcleo da célula ou que certos genes são revelados ou reprimidos durante o processo de desenvolvimento da vida real (SPIRDUSO, 2005).

O achado mais característico de envelhecimento consiste no acúmulo de grânulos ou pigmentos castanho-amarelados após coloração pela hematoxilina e eosina, denominados lipofuscínicos, cuja composição química é heterogênea, mas contém 25% de lípidos, daí sua denominação. A sua origem é discutível, pois alguns autores tratam como “lixo celular”, ou seja, restos de organelas citoplasmáticas. Contudo, até o momento, nada se comprovou que ele comprometa a função celular, embora tem sido insinuada sua origem mitocondrial, em que o pigmento poderia estar correlacionado com a alteração dessa estrutura citoplasmática com repercussão na capacidade de produção de energia, lembrando ainda que são descritas modificações do tamanho, forma e quantidade de

mitocôndrias. Entretanto, há controvérsia, pois uns descrevem maior tamanho e menor quantidade, outros falam o inverso. Temos ainda a fragmentação do aparelho de Golgi, transformações do sistema retículo endoplasmático e ruptura de lisossomos no processo de envelhecimento. (ROCHA FILHO et al., 2013).

As teorias dos Danos estão embasadas nas reações químicas que ocorrem naturalmente no corpo, começam então a produzir um numero de defeitos irreversíveis nas moléculas. Danos químicos pequenos na vida, porem significativos e diários, podem ocorrer com o ar respirado, a comida e outras substâncias ingeridas, a fumaça do cigarro ou produtos do próprio organismo. (SPIRDUSO, 2005).

Em relação às alterações da membrana celular, é possível que se apresente modificações no envelhecimento, um dos mecanismos propostos para esta alteração seria a peroxidação de lípidos insaturados da membrana por radicais livres hidroxila, havendo formação de formação de radicais peroxi - hidroperoxi- e também dos aldeídos deles derivados, todos compostos tóxicos para a membrana. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Quanto às alterações dos componentes celulares, já foi percebido o acúmulo de água intracelular nas mitocôndrias e no interior do reticulo endoplasmático, onde a diminuição desse conteúdo aquoso intracelular ocorreria pela diminuição das células do organismo. Com o envelhecimento, vemos ainda um decréscimo da capacidade celular de reter potássio em seu interior e de manter o sódio em seu exterior por deficiência de Na^+ , K^+ ATPase (adenosinotrfosfatase) da membrana. Pode ainda ocorrer o transbordamento de glicogênio ao ponto de formar vacúolos visíveis, sem aparentar prejuízo para as funções celulares. Existe ainda o a retenção de gordura acompanhada de alterações na sua estrutura. Em um adulto normal, a gordura esta dispersa no citoplasma sob a forma de micelas não detectáveis pelos métodos convencionais, no idoso pode ocorrer de acumular sob a forma de grânulos visíveis. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Os principais componentes do organismo alteram-se com o envelhecimento. No decorrer dos anos o tecido adiposo tende-se a aumentar de 18% a 36% no sexo masculino e 33% s 48% no sexo feminino, com este aumento da fração do peso corpóreo total, representado pelo tecido adiposo, leva a uma consequência natural da redução da massa corpórea magra. Este fato faz com que

há uma elevação do volume de distribuição para drogas lipofílicas e diminuição para as drogas hidrofílicas, com repercussão sobre seus efeitos tóxicos e terapêuticos. (BRASIL, 2013).

A observação da redução de água com o envelhecimento deve-se quase que exclusivamente ao compartimento intracelular, decorrendo bem provavelmente do menor conteúdo de massa celular no idoso, do que da diminuição da água de cada célula. (BRASIL, 2013).

Por todos os tecidos do organismo, durante o processo do envelhecimento, podemos observar alterações variando de intensidade, dependendo de cada indivíduo e do tecido considerado. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Em algumas pessoas as transformações são predominantes em certas regiões do organismo, diferenciando em cada indivíduo. O tecido conectivo tem sido o mais estudado. Em virtude desse fato encontram-se nele essas modificações, pois ele está distribuído por todos os setores do organismo. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Formado pelo componente celular fibroblasto, inclui matriz extracelular formada por gel amorfo constituído por complexo de proteoglicanos e glicoproteínas denominado substâncias fundamental, além de proteínas fibrosas, que compreendem os sistemas de fibras de colágenas e elásticas. Com o envelhecimento, os elementos desse tecido conectivo sofrem transformações tanto quantitativa quanto qualitativamente. Esses fatos ocorrem com as mudanças nos fibroblastos que secretam os componentes, e também com as alterações ulteriores das moléculas formadas. (ROCHA FILHO et al., 2013).

O colágeno é a proteína mais encontrada no organismo, formada principalmente pelos aminoácidos glicina, prolina e hidroxiprolina, os quais constituem cadeias polipeptídicas e que se unem formando o tropocolágeno. Moléculas de tropocolágeno se unem constituindo o colágeno, que se dispõe em forma de fibras, as quais se entrelaçam formando uma estrutura rígida e quase inextensível. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Foi comprovado com estudos químicos, físicoquímicos e de difração de raios X que todas as moléculas de colágenos apresentam três cadeias de aminoácidos e diversos tipos de colágenos têm sido identificados através das variações dessas cadeias. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Há tipo I predominante nos tecidos intersticiais, derme, tendões e ossos, tipo II na cartilagem hialina e no olho, enquanto que o tipo III encontra-se associado ao tipo I, contudo em menor proporção, na membrana basal encontra-se o colágeno tipo IV. (ROCHA FILHO et al., 2013).

No que se refere à transformação metabólica do colágeno, esta se processa de maneira lenta, durante anos, sendo compatível com a função de proteína estrutural. Sua destruição vem a ser realizada por collagenases específicas produzidas em pequenas quantidades, quando necessário. Quando envelhecemos mais colágeno é formado, surgindo ligações cruzadas na molécula, evidenciando então maior resistência à ação da collagenase. Como consequência há aumento na rigidez dos tecidos e maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólicos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular. (ROCHA FILHO et al., 2013).

O sistema elástico é um componente do tecido conectivo responsável pela sua elasticidade, distribuindo-se de forma mais seletiva que o colágeno. Pode ser encontrado em maior quantidade nos tecidos e órgãos que sofrem maior ação de tração e extensão, como pele, parede arterial e pulmão. Suas fibras são formadas por proteínas, sendo predominantes os aminoácidos desmosina, isodesmosina e lisinonorleucina. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Dentro de uma ótica morfológica apresenta três tipos de fibras, as quais são constituintes de sua fase evolutiva: (1) oxitalânicas, sendo as mais precoces e que evoluem para as (2) elaunínicas e estas para (3) elásticas, que vêm a ser as maduras. No processo do envelhecimento, vão ocorrer transformações evidentes nas fibras maduras, onde observamos o aumento da quantidade dessas fibras, alteração na sua composição de aminoácidos, fragmentação e irregularidades na forma, além do depósito de cálcio. Essas transformações vão determinar as mudanças nas características funcionais das fibras, ocasionando redução da elasticidade dos tecidos que as contêm. A pele é a mais observada, pois sua alteração é visível. Verifica-se a fragmentação das fibras elásticas, sua tortuosidade indica que ficaram estiradas, conseqüentemente perderam a elasticidade determinando desse modo as rugas. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Com estudos morfológicos de aorta humana, verificou-se que no envelhecimento a fragmentação das fibras elásticas acompanhadas de depósito de

lípidos e de cálcio é o que vai determinar a redução de sua elasticidade. No que se refere à composição de aminoácidos, pode-se verificar que a elastina obtida pela aorta de idosos difere daquela obtida por jovens. Com os estudos morfoquantitativos em pulmão humano ficou claro que com o envelhecimento havia manutenção do número de fibras, mas com alterações degenerativas e transformações da composição de aminoácidos. No miocárdio ventricular foi verificado que, com a idade, há um aumento da quantidade de fibras do sistema elástico, essas são mais espessas e apresentam em sua superfície certa irregularidade e menor número de microfibrilas. (ROCHA FILHO et al., 2013).

3.2 Úlcera por Pressão

As úlceras por pressão (UPP) constituem problema de saúde pública, sobretudo considerando o impacto que têm para a pessoa doente, a família e a sociedade. Além disso, são um indicador de qualidade na saúde, quer no que respeita às intervenções implementadas no seu tratamento, quer, sobretudo, na sua prevenção. (SILVA et al., 2013).

Caracterizam por serem lesões da pele, onde devido a deficiência do fluxo sanguíneo impede o transporte de nutrientes para a célula, que por sua vez acumula produtos de degradação, gerando deste modo a isquemia, evoluindo para hiperemia, edema, necrose tecidual e por fim, a morte celular. (FREITAS; ALBERTI, 2013).

Para Queiroz et al. (2014) estudos apontam que a maceração somada a perda de oleosidade natural da pele por conta da assepsia contínua e frequente em indivíduos que apresentam incontinência acaba por fragilizar a pele e com isso aumentar o risco de UPP.

Existem fatores que levam ao desenvolvimento da UPP, denominados fatores intrínsecos. São os aspectos do tipo de compleição corporal do paciente, mobilidade, estado nutricional, incontinência, infecção e condições clínicas. Fatores extrínsecos incluem os efeitos externos de drogas, distribuição de peso, regime de tratamento, cuidados de higiene e técnicas de manuseio do paciente. (FREITAS; ALBERTI, 2013).

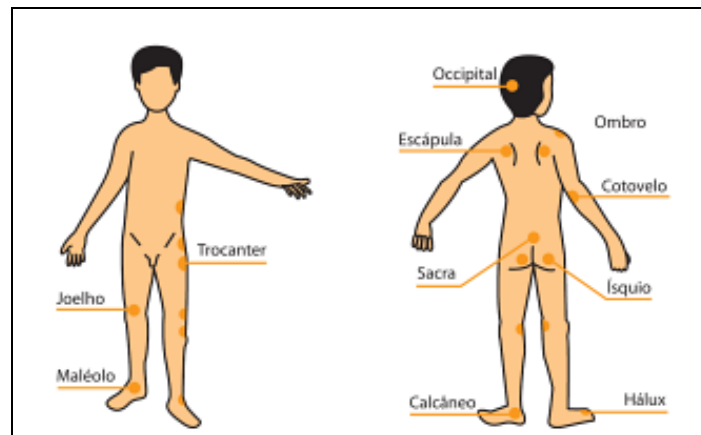
A pressão ou cisalhamento, a fricção e a umidade são outras forças

mecânicas denominadas como fatores extrínsecos. Sendo a pressão considerada o principal fator causador da UPP, o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade, duração da mesma tolerância tecidual. (FERREIRA et al., 2013).

A maioria advém de período de pressão mantida. Possivelmente ocorre em locais que já foram submetidos a longos períodos de isquemia e, portanto, mais suscetíveis. Podem se desenvolver em proeminências ósseas e ocorrem com maior frequência nas regiões: sacra, coccígea, tuberosidade isquial, trocanteriana, escapular, occipital e maléolos laterais. A maioria das úlceras ocorre na metade inferior do corpo e dois terços ocorrem na cintura pélvica. (BRASIL, 2013).

A seguir as localizações habituais das úlceras por pressão.

Figura 2 - Localizações habituais das úlceras por pressão



Fonte: Costa e Eugenio (2014, p. 196).

Há indícios de que as úlceras prevalecem na região sacral sendo comprovada pelo estudo de Queiroz et al. (2014) onde 78,4% dos casos pesquisados apresentavam tal enfermidade na referida região.

3.2.1 Classificação e escalas da úlcera por pressão

Baseando-se na classificação inicial de Shea e da “International Association of Enterostomal Therapy” no ano de 1989 a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) criou o sistema de classificação em estágios da UPP como meio de representar tanto a quantidade de perda quanto a destruição tecidual ocorrida, sendo conhecida como Classificação do NPUAP. Dessa forma veio a incorporar-se nas Diretrizes ou recomendações da AH CPR para prevenção e

tratamento da UPP. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

As descrições originais do NPUAP não estavam definidas de forma clara. Tal problemática levava em muitas ocasiões a erros de classificações realizadas por profissionais principalmente quanto a dermatite perineal e a lesão tissular profunda. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

Como forma de validar a aparência, clareza, utilidade e discriminação da UPP foi realizada uma revisão entre os anos de 2001 a 2006 pelo NPUAP e profissionais da área de saúde e no ano de 2007 ocorreu a apresentação da nova definição e os estágios da Úlcera por pressão numa conferência de consenso onde foi aproveitado as contribuições mais relevantes para enfim criar as definições finais, mantendo então os quatro estágios originais e acrescentados dois referentes à Lesão Tissular Profunda e Úlceras que não são passíveis de classificação. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

E assim a úlcera por pressão é definida como lesão de pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente que ocorre principalmente sobre uma proeminência óssea devido a uma pressão isolada ou ainda por pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

Quanto aos seus estágios Elias et al. (2014) aponta que atualmente ela é classificada de acordo com os comprometimentos teciduais que podem ser de níveis de I à IV, podendo afetar tecidos, músculos e até ossos e quanto maior a lesão o estágio se torna mais avançado, conseqüentemente onerando custos tanto para a saúde pública quanto para a família, pois o paciente nesses casos precisa de cuidados adicionais quando internado e também quando tratado em domicílio.

Os estágios podem ser melhor visualizados por meio da figura abaixo.

Figura 3 – Úlceras por pressão: estágios I e II



Fonte: Carvalho (2011, p. 182).

Figura 4 – Úlceras por pressão: estágios III e IV



Fonte: Carvalho (2011, p. 183).

A definição de uma conduta de tratamento sofre influência direta do histórico do paciente, abrangendo desde o primórdio da lesão, ou seja, tempo de existência, presença ou não de infecção, entre outros. Deve ser avaliada a dor, edema, extensão e profundidade da lesão, as características do leito da ferida, da pele ao redor e do exsudato. A avaliação da ferida é de fundamental importância para acompanhar a evolução do processo cicatricial e a conduta utilizada. (FREITAS et al., 2011).

Tanto a avaliação do estado quanto o processo de cicatrização da UPP pode ser aferido através do instrumento Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), que foi desenvolvido e validado pelo PUSH Task Force de NPAUP, em 1996, e adaptado para ser usado no Brasil. (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Há escalas de risco para UPP a fim de que se torne possível identificar pacientes com esse risco, e assim efetuar a prevenção. Entre elas estão as de Norton, de Gosnell de Waterlow e a de Braden. (BRASIL, 2013).

3.2.2 Tratamento da UPP

Vários fatores acabam influenciando no tratamento, uma vez que cada paciente é singular e o aparecimento dessas úlceras coincidem com seu histórico, qualidade de vida, qualidade nutricional uso ou não de drogas, alcoolismo, doenças crônicas e ou degenerativas, entre outras. (MATTIA et al., 2010).

Brasil (2013) aborda que o manejo da umidade é necessário, uma vez que a pele úmida predispõe o desenvolvimento e lesões cutâneas, deste modo, a pele deve ser limpa sempre, nos casos de sujidade e com intervalos regulares, a limpeza deve ser realizada com agente suave que minimiza tanto a irritação quanto

a secura da pele. Uma vez que a pele ressecada ao ser hidratada, previne o aparecimento de UPP, assim deve ser seguido procedimentos preventivos para higiene, hidratação e manejo da pele, são eles:

- Higienização e hidratação da pele: recomenda-se água morna e sabão neutro de modo a reduzir a irritação e ressecamento da pele. O uso de hidratantes em áreas secas ou ressecadas principalmente após o banho, ao menos uma vez ao dia, é necessário, pois a pele seca é um fator de risco importante no desenvolvimento de UPP. Não se deve massagear áreas de proeminência óssea ou hiperemiadas, a aplicação do produto deve ser suave e com movimentos circulares. Não é indicada a massagem quando há presença de inflamação aguda, pois podem ocorrer danificação de vasos sanguíneos.
- Manejo da umidade: proteger a pele da exposição de umidade excessiva, a fim de reduzir o risco de lesões. O uso de absorvente ou fraldas é recomendado, sempre que possível deve ser ofertado ao paciente aparador (comadre ou papagaio) quando for realizado mudança de decúbito.

Há necessariamente um outro fato que muito contribui para a prevenção, a observação de fontes de umidade advindos de extravazamento de dreno sobre a pele, exsudato de feridas, suor intenso, entre outros. (BRASIL, 2013).

Queiroz et al. (2014) aponta algumas especificações a fim de que se realize um curativo que potencialize abrandar e tratar as referidas lesões, são eles:

- I. Manter a umidade entre ferida e curativo;
- II. Remover o excesso de secreção;
- III. Permitir a troca gasosa;
- IV. Fornecer isolamento térmico;
- V. Ser isento de partículas;
- VI. Ser impermeável às bactérias;
- VII. Permitir a retirada do curativo sem trauma.

A lesão deve ser irrigada com soro fisiológico morno, permitindo um meio úmido que facilite a cicatrização, porém o excesso de umidade provoca maceração da pele circundante. O oxigênio é fundamental em todas as etapas da

cicatrização, deve-se também manter a temperatura normal, em torno de 37°C, de modo a proporcionar a proliferação celular e a atividade dos macrófagos. (QUEIROZ et al., 2014).

A proteção entre a úlcera e o ambiente forma uma barreira, impedindo a contaminação. A limpeza renova e prolonga a reação inflamatória, afetando a velocidade de cicatrização e sua resistência.

A retirada traumática do curativo provoca uma ruptura do tecido recém-formado, atrasando a cicatrização podendo levar a outra reação infamatória. (QUEIROZ et al., 2014).

Em casos mais sérios, o tratamento inclui desbridamento, ou seja, remoção de corpos estranhos, tecidos desvitalizados ou necróticos como objetivo de limpeza. (QUEIROZ et al., 2014).

Os curativos com placa de hidrocolóide têm a finalidade de tratamento de feridas limpas e prevenção de úlceras por pressão. Alivia a dor através da proteção das terminações nervosas e não aderência ao leito da ferida e é autoaderente, dispensando a utilização de curativos secundários. (QUEIROZ et al., 2014).

E ainda, estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico; acelera o processo de granulação tecidual. (QUEIROZ et al., 2014).

Os curativos com alginato são sais do polímero natural de ácido algínico derivado das algas marinhas marrons. São estéreis, indicados especialmente para feridas cavitárias altamente exsudativas devido ao seu elevado poder de absorção e eficiente estímulo para a granulação tecidual. (QUEIROZ et al., 2014).

Seu mecanismo de ação se dá através do sódio presente no exsudato e no sangue que interage com o cálcio presente no curativo de alginato. Assim, acontece a troca iônica, auxiliando no debridamento autolítico, que tem alta capacidade de absorção. Resulta na formação de um gel que mantém meio úmido para cicatrização e induz a hemostasia. (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

3.3 O Papel do Enfermeiro na Capacitação do Cuidador do Idoso Portador de Úlcera Por Pressão

No cuidado domiciliar, o ensino ao familiar cuidador é fundamental, pois se esses não estiverem instrumentalizados adequadamente, o cuidado ao paciente pode não ocorrer, ou então ocorrer de maneira inadequada. (OLINISKI; LACERDA, 2004). Ou seja, “o longo tempo de imobilização leva à síndrome do desuso, com implicações para os diversos sistemas corporais, as quais precisam ser prevenidas pelos cuidadores e pelos próprios indivíduos, desde que tenham condições para tal.” (CHAYAMITI; CALIRI, 2010, p. 33).

Louro, Ferreira e Póvoa (2007) consideram que as medidas básicas e adequadas tanto na prevenção quanto no tratamento de UPP em idosos acamados tem um aumento de eficácia quando se utiliza protocolos que dão continuidade ao trabalho preventivo. Os protocolos auxiliam os cuidadores durante a assistência ao idoso, e devem ser criados de modo à adequar para cada grau de risco.

Segundo Elias et al. (2014) as úlceras de pressão trazem em si uma grave problemática, a financeira, pois quanto maior o estágio mais custos adicionais será necessário, deste modo inclui-se as internações e os tratamentos medicamentosos, entre outros. Outro fato que merece destaque, é a ampliação da carga de trabalho despendida devido a tais lesões, aumento da morbidade e também da mortalidade dos portadores.

Compete aos enfermeiros que trabalham com idoso no domicílio e ou em comunidades, capacitar cuidadores para prestação de cuidados, supervisionando periodicamente tais atividades. A melhor maneira de ensinar o cuidador é executar a atividade com ele, na situação real do domicílio, pois discutem junto às improvisações necessárias para a assistência com qualidade. (LISE; SILVA, 2007).

A realização de programas educacionais com o objetivo de identificar os fatores de risco para prevenir as úlceras por pressão é uma medida recomendada pela Agency of Health Care Policy and Research. Destaca-se ainda a grande importância de que essas orientações estejam voltadas para todos prestadores de serviços de saúde, e disponibilizadas para pacientes e seus

familiares e ou cuidadores. (LISE; SILVA, 2007).

É de grande importância que o profissional enfermeiro venha a orientar: o paciente, e cuidadores sobre as características da doença, sua evolução, fatores de alívio e piora do quadro clínico, cuidados gerais de higiene, alimentação, manutenção do ambiente, estímulos motores, medidas para prevenção de úlceras por pressão e outras orientações pertinentes a cada caso. (ROCHA FILHO et al., 2013).

O cuidador é primordial no atendimento domiciliar e conhecê-lo é de extrema importância para que o atendimento se torne completo. (SANTOS, 2005).

Na assistência do idoso portador de UPP, a mensuração trata-se de um método que possibilita a efetivação do processo evolutivo cicatricial, oferece confiabilidade à assistência de enfermagem, apresenta parâmetros seguros para a monitorização do processo de cicatrização como também demonstra maneiras de avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem. Desta forma é imprescindível tanto orientar quanto educar os cuidadores quanto ao processo de prevenção e tratamento da úlcera por pressão, eles necessitam entender quais as causas, fatores predisponentes, mecanismos de prevenção, estratégias para intervenção e tratamento, entre outros, não se discute a função da enfermagem e sim a sua atuação no tocante ao direcionamento de informações para o cuidador. (ROCHA FILHO et al., 2013).

Para Lemos e Cunha (2014, p. 6)

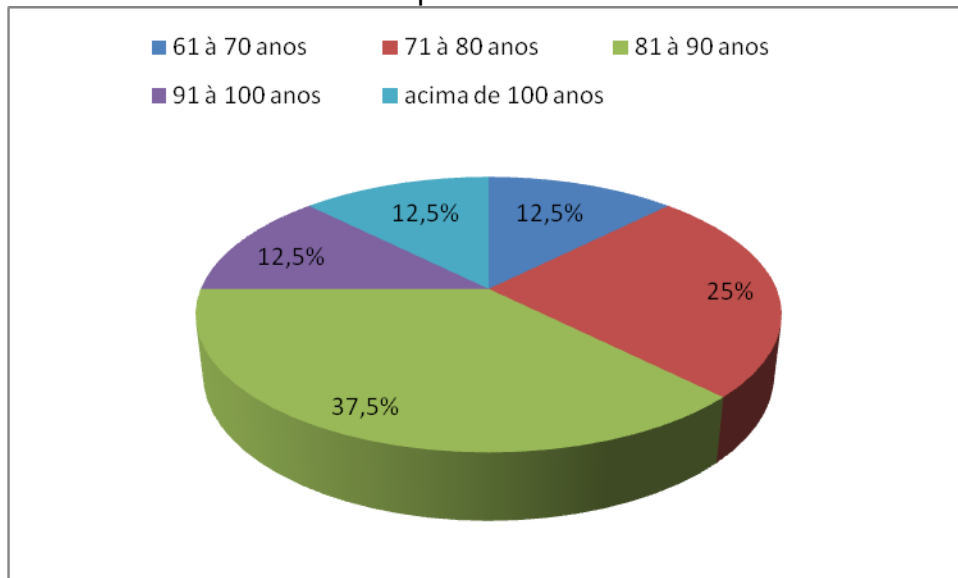
Florence Nightingale abordava que as lesões ulcerativas eram culpa das enfermeiras e não das doenças. No entanto, nos dias de hoje, busca-se a causa de uma ferida com essa ainda assim atribuindo uma responsabilidade maior para a enfermagem, e a sua equipe.

A enfermagem é capaz de identificar a necessidade de cuidados de sua clientela e repassar cuidados básicos porém eficazes que possam contribuir para a prevenção dessas lesões, tratamento quando nos casos necessários a fim de promover o conforto e a integridade dos idosos. (QUEIROZ et al., 2014).

4 ANÁLISE DOS DADOS

Com relação a faixa etária, pode-se observar que 37,5% dos respondentes possuem entre 81 a 90 anos, 25% de 71 à 80 anos, e as faixas etárias de 61 a 70 anos, 91 a 99 anos e acima de 100 anos constituem 12,5% cada uma (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Faixa etária dos pacientes



Fonte: Do autor.

O estudo de Pelegrin et al. (2008) verificou que a sua população era constituída de idosos entre 80 ou mais anos. Tal estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência na cidade de Ribeirão Preto com 72 idosos.

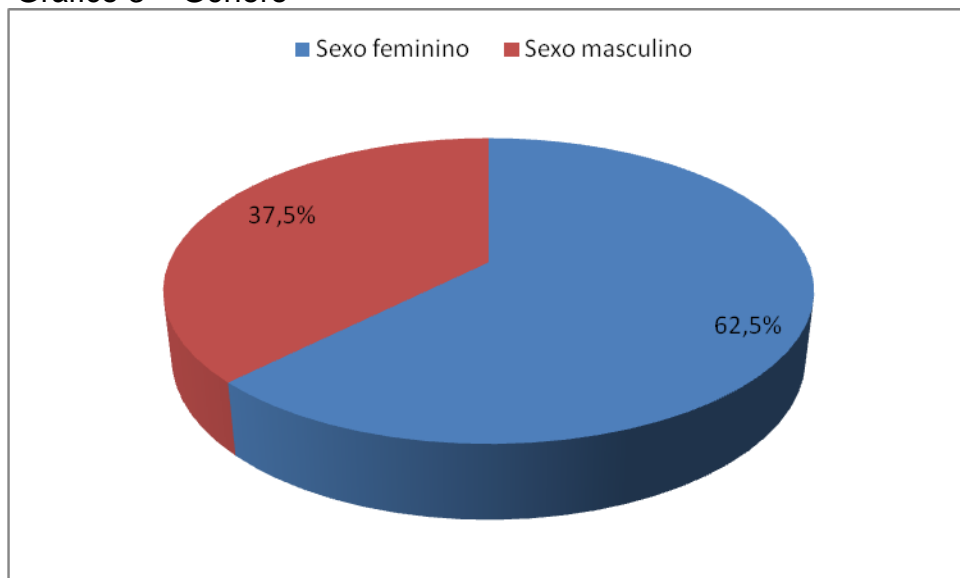
A população de 266 idosos residentes em 6 instituições de longa permanência foi o universo de estudo de Nunes, Menezes e Alchieri (2010) e a faixa etária de maior frequência foi entre 71 a 80 anos (41,8%) e entre 81 e 90 anos com frequência de 34,9%.

Objetivando avaliar o perfil e o grau de dependência de 204 idosos institucionalizados residentes em instituições filantrópicas de longa permanência na cidade de Londrina, Smanioto e Haddad (2011) percebeu que variação etária entre 60 e 100 anos uma vez que 8,5% possuíam mais de 90 anos inclusive um deles se encontrava na faixa etária de 100 anos, enquanto que no de Alves et al. (2013) resultados predominantes de idosos na faixa etária entre 80 a 89 anos apontou 50% onde as idades variam de 64 a 105 anos.

No estudo de Rocha, Souza e Rozendo (2013) com 67 idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência em Maceió a faixa etária estava assim distribuída 71 e 75 anos, (25,4%), 76 e 80 anos (17,9%), 81 e 85 anos (14,9%). O estudo apontou a presença de cinco idosos com mais de 90 anos enquanto no de Santos et al. (2012) dos 124 idosos, 65,8% tinham idade de 60 a 79 anos

No que se refere ao gênero dos pacientes (gráfico 3) verificou-se que a maioria dos entrevistados constitui-se de mulheres ou seja, 62,5% e 37,5% homens.

Gráfico 3 – Gênero



Fonte: Do autor.

No estudo de Nunes, Menezes e Alchieri (2010) o gênero predominante foi o feminino com 65,1%.

Smanioto e Haddad (2011) perceberam que sua população foi predominantemente feminina, ou seja, 55,9%, assim como de Alves et al. (2013) onde de 40 idosos institucionalizados numa instituição na cidade de Ribeirópolis em Sergipe 60,70% eram do gênero feminino, e do gênero feminino (60,70%). Já no estudo de Rocha, Souza e Rozendo (2013) dos 68 entrevistados 59,9% eram homens assim como na pesquisa de Oliveira e Novaes (2013) onde dos 154 idosos, 51,3% eram do sexo masculino enquanto que no Santos et al. (2012) 54,1% pertenciam ao sexo feminino.

Com relação à profissão, houve unanimidade, uma vez que 100%

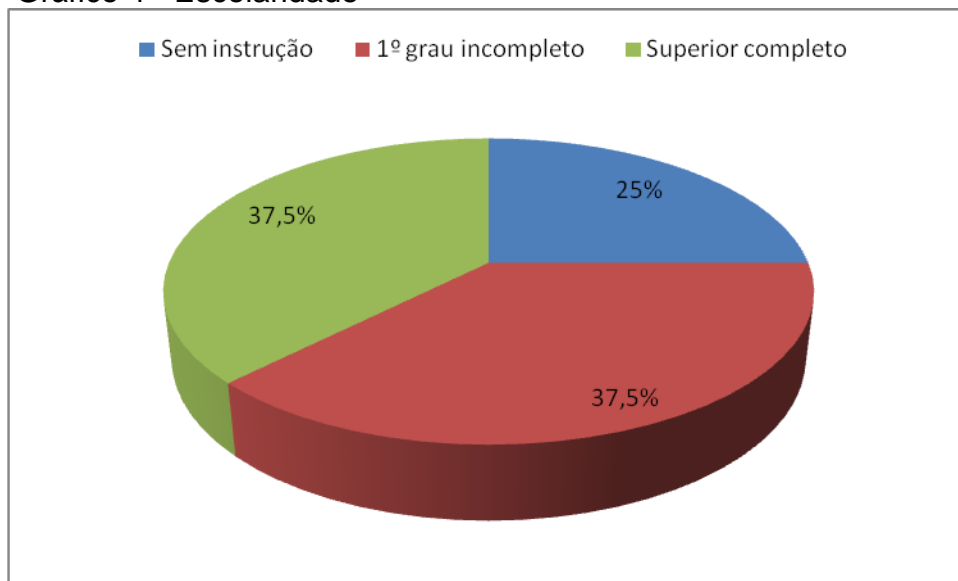
são aposentados.

Em relação ao trabalho ao longo da vida o estudo de Nunes, Menezes e Alchieri (2010) percebeu que 62,8% referiram como ocupação as atividades domésticas, 34,9% prestação de serviços, destas incluem atividades como padeiro, comerciante, escriturário, professor entre outros.

Smanioto e Haddad (2011) perceberam que 93,4% dos idosos estudados eram aposentados e consideraram um fator relevante em relação as instituições filantrópicas uma vez que elas detêm parte da aposentadoria do idoso como meio de fornecer-lhes o devido atendimento.

No tocante a escolaridade (Gráfico 4), observou-se que 25% dos entrevistados não possuem instrução, enquanto que 37,5% possuem 1º grau incompleto assim como os que referiram possuir superior completo.

Gráfico 4 - Escolaridade



Fonte: Dos autores.

Dos 72 idosos que constituíram o estudo de Pelegrini et al. (2008) 16,6% não sabiam ler nem escrever, 59,8% eram alfabetizados, não sendo identificado nenhum com ensino superior incompleto ou completo.

Nunes, Menezes e Alchieri (2010) perceberam que 41,9% dos idosos não eram alfabetizados, 30,2% possuíam ensino fundamental incompleto, 25,6% fundamental completo e 2,3% curso superior completo.

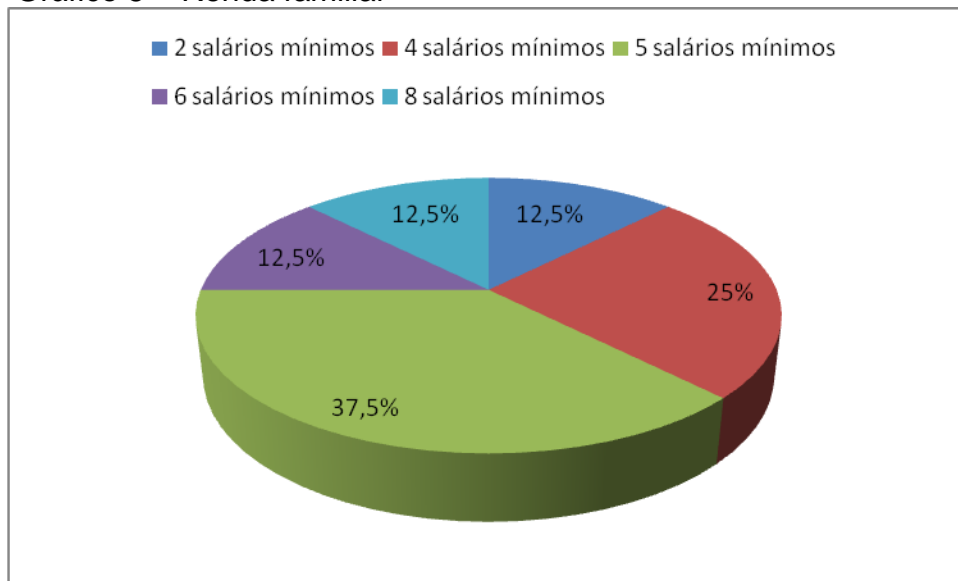
Em relação a instrução, 46,6% dos 154 idosos estudados por Oliveira e Novaes (2013) não possuíam escolaridade e 43,9% possuíam formação

primária. Enquanto que no trabalho de Santos et al. (2012) foi percebido que dos 170 idosos residentes em uma instituição de longa permanência de Fortaleza, 110 ou seja 64,8% tinham escolaridade até o ensino fundamental.

Dos 67 entrevistados no estudo de Rocha, Souza e Rozendo (2013) 47,8%, eram analfabetos, 37,4% possuíam ensino fundamental, médio ou superior e 14,9% não souberam informar sobre a questão.

Quando questionados sobre a renda familiar, o gráfico 5 evidencia que 12,5% dos entrevistados possuem renda familiar de oito salários mínimos, a mesma porcentagem foi percebida para os que afirmaram seis salários mínimos. Já 37,5% dos participantes possuem renda familiar mensal de cinco salários mínimos, enquanto 25% afirmaram que a renda familiar é de quatro salários mínimos. Por fim, 12,5% responderam possuírem renda familiar de dois salários mínimos.

Gráfico 5 – Renda familiar



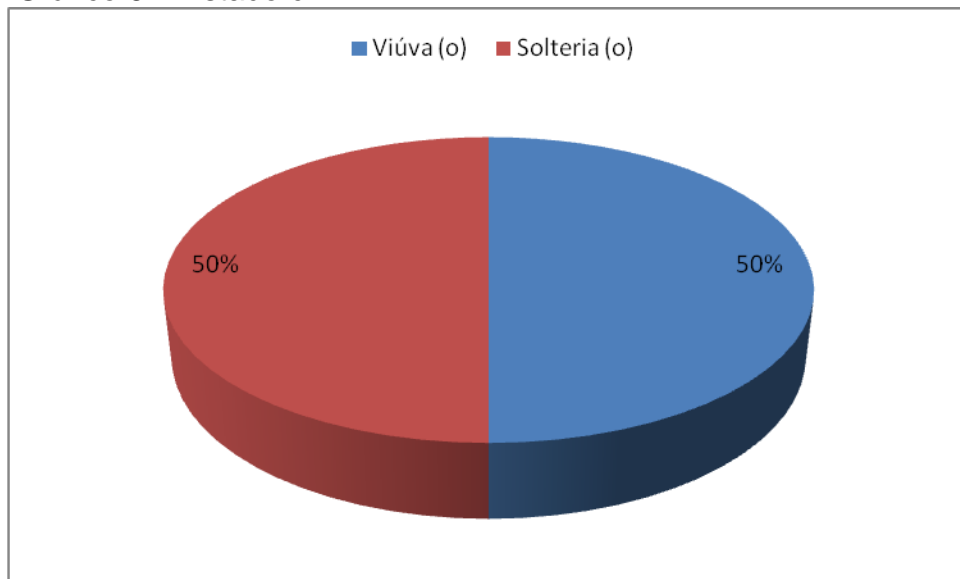
Fonte: Do autor.

A predominância de renda média no trabalho de Oliveira e Novaes (2013) foi de até 2 salários-mínimos. Dos 154 idosos pertencente ao trabalho de Santos et al. (2012) 44,2% tinham renda familiar mensal menor que um salário mínimo. Similar foi o resultado na pesquisa de Santos et al. (2012) onde dos 170 idosos institucionalizados foi verificado que a renda familiar de 44,2% deles era menor que um salário mínimo enquanto 19,4% tinha renda mensal de um salário e 36,4% não possuíam renda.

No tocante ao estado civil foi verificado que 50% dos pacientes são

solteiros e 50% viúvos, conforme se pode observar no gráfico 6.

Gráfico 6 – Estado civil



Fonte: Do autor.

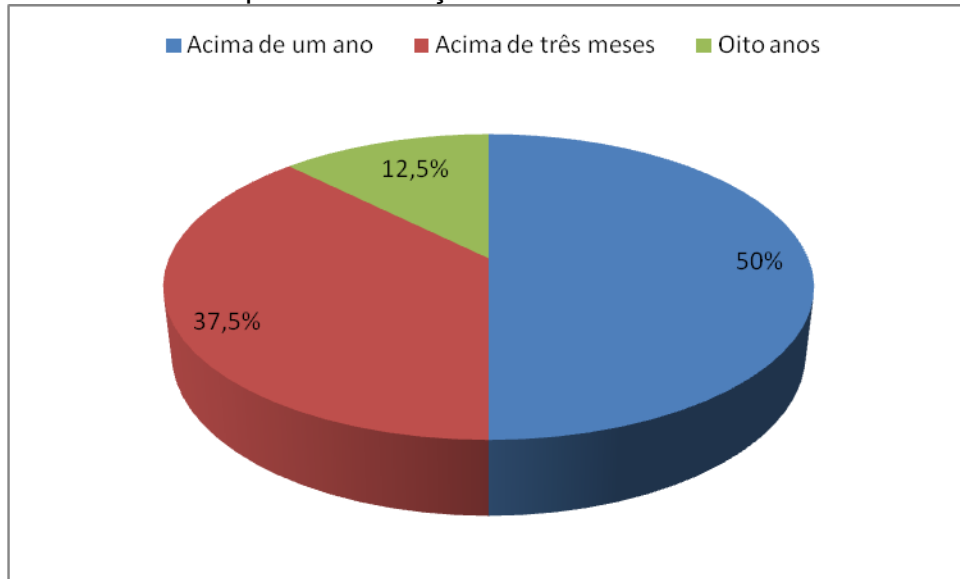
Segundo Smanioto e Haddad (2011) uma das causas da institucionalização é a inexistência de parentes próximos que possam cuidar dos idosos uma vez que 44,5% de sua população foi constituída de solteiros.

Rocha, Souza e Rozendo (2013) perceberam que 58,2% dos respondentes eram solteiros, 16,4% eram viúvos e/ou casados e 9% não souberam informar o estado civil.

O estudo de Santos et al. (2012) revelou que dos 154 idosos 28,9% eram viúvos. Nunes, Menezes e Alchieri (2010) observaram que 44,2% dos idosos eram solteiros e 41,8% viúvos.

Quando questionados sobre período que se encontram acamados soube-se que 50% se encontram a mais de um ano, 37,5% a mais de 3 meses e 12,5% encontram-se acamados a mais de oito anos.

Gráfico 7 – Tempo de internação



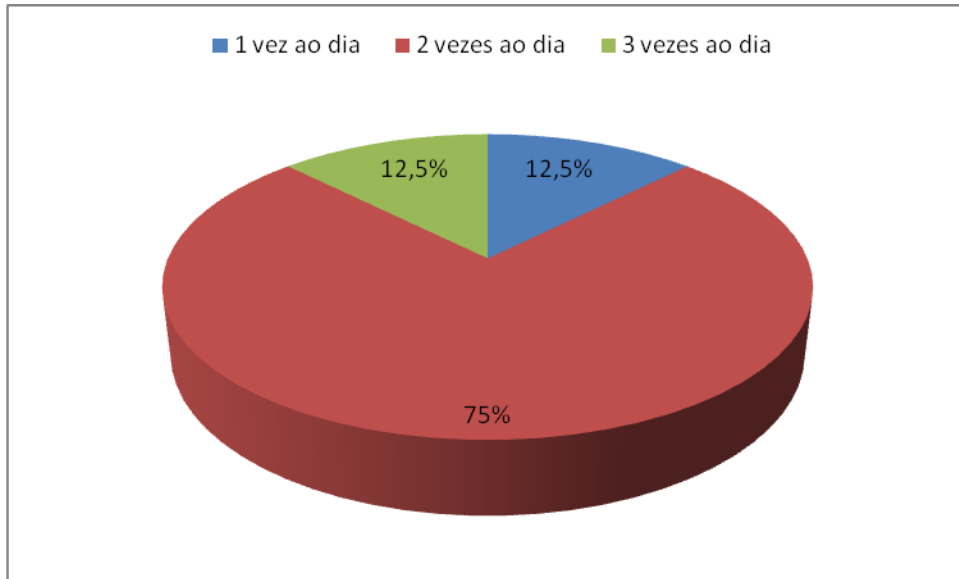
Fonte: Do autor.

No estudo em três ILPIs numa cidade no médio Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo cuja população foi de 38 idosos com idade média de 73 anos o tempo de Institucionalização variou de três meses a 26 anos. (ARAÚJO et al., 2010). Assim como no trabalho de Lisboa e Chianca (2012) realizado com 97 idosos institucionalizados nas duas instituições de longa permanência na cidade de Itaúna-MG uma vez que o tempo médio de institucionalização dos idosos foi de seis anos, porem houve variabilidade de 1 a 14 anos.

Foi percebido que em 15 das ILPIs filantrópicas conveniadas com a prefeitura de Belo Horizonte envolvendo 47 idosos entre a faixa etária de 62 a 94 anos o tempo de institucionalização variou de 3 meses a 17 anos. (MOURA; SOUZA, 2013).

Em relação a periodicidade dos curativos (Gráfico 8) soube-se que 12,5% o realizam três vezes ao dia, 75% duas vezes e 12,5% apenas uma vez.

Gráfico 8 – Quantas vezes é feito o curativo



Fonte: Do autor.

Em estudo realizado em 1392 prontuários no período de 2006 a 2009 de indivíduos com idade a partir de 60 anos em uma ILPI pública na cidade de Fortaleza que acolhe idosos vítimas de maus-tratos, negligência e selecionou-se 300 prontuários que atendiam aos propósitos do estudo e foi percebido que a prevalência de UPP foi de 25%. (FREITAS et al., 2011).

De acordo com Caliri (2014) as úlceras de Pressão necessitam de curativos de modo a manter a sua integridade fisiológica como meio de proteger a ferida, ser bio-compatível e ainda dispor hidratação ideal. A troca ou desbridamento pode ocasionar dor ou agravá-la, desta forma deve-se prevenir o desconforto ou buscar aliviar a dor fornecendo analgésico antes do procedimento nos casos onde haja necessidade e indicação médica.

A troca de curativo deve ser realizada duas vezes ao dia a fim de aumentar a proliferação de tecido de granulação e cicatrização. (ROSA et al., 2013). No entanto deve ser avaliada a necessidade de diminuição ou aumento da quantidade de curativos diários e ainda se torna necessário um plano adequado para o tratamento das lesões e a cada troca de curativo deve-se monitorar as mesmas e ainda reavaliar e medir a situação ao menos semanalmente. (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

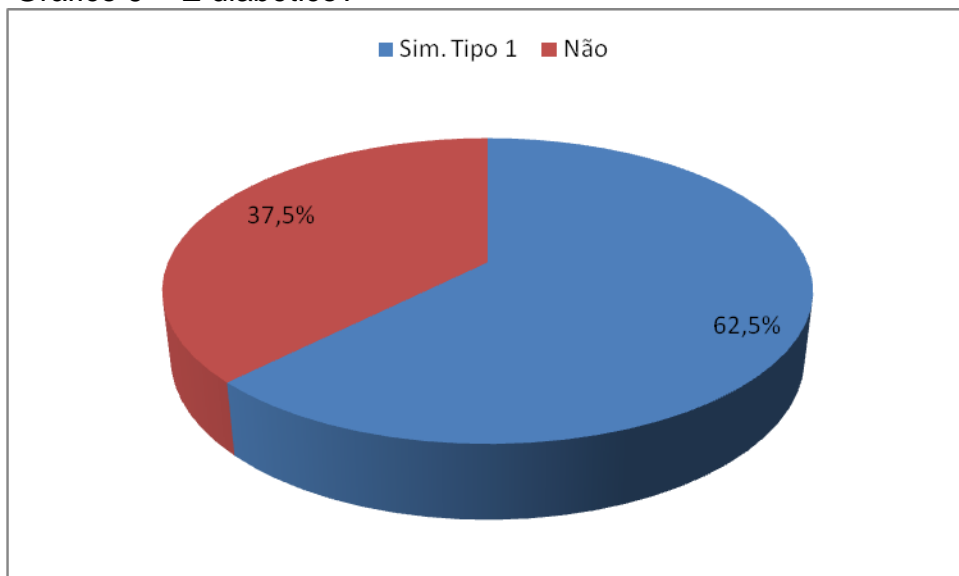
Ressalta-se que todos os pacientes, 100% afirmaram sentir dor na realização dos curativos.

Na opinião de Blanes et al. (2004) tanto os sedativos quanto os analgésicos podem reduzir a sensação de dor mas também a mobilidade do portador de ulcera por pressão, entretanto quando não tratada adequadamente ela acaba por afetar a qualidade de dos pacientes no tocante as dimensões físicas, sociais e também espirituais. (RIGOTTI; FERREIRA, 2005). O trabalho de Pedroso e Celich (2005) apontou que em muitas ocasiões o profissional de enfermagem tem noção de escala para avaliação da dor, consegue reconhecer alguns sinais de dor, porém, não dispõe de método para realizar uma prática sistemática para entendê-la como quinto sinal vital, e assim, ao avaliar outros sinais, não investiga a dor.

Os citados autores acreditam ser necessário uma educação qualificada de modo a que o cuidado disposto venha atender as reais necessidades do cliente. Em sua dissertação Paiva (2013) afirmou que o trabalho do enfermeiro centra-se nos cuidados básicos e que a dor em idosos em muitas situações está também fundada no estado emocional e afetivo. Assim deve-se avaliar a dor e realizar formações específicas para a mesma por meio de programas de controle da dor e de entendimento quanto o seu nível.

Quanto à diabetes, evidenciou-se que 62,5% dos pacientes são diagnosticados como portadores de diabetes tipo 1 e realizam exame HGT semanalmente. Enquanto 37,5% não são portadores de tal enfermidade (gráfico 9).

Gráfico 9 – É diabético?



Fonte: Do autor.

O índice de portadores de diabetes no estudo de Alves et al. (2013)

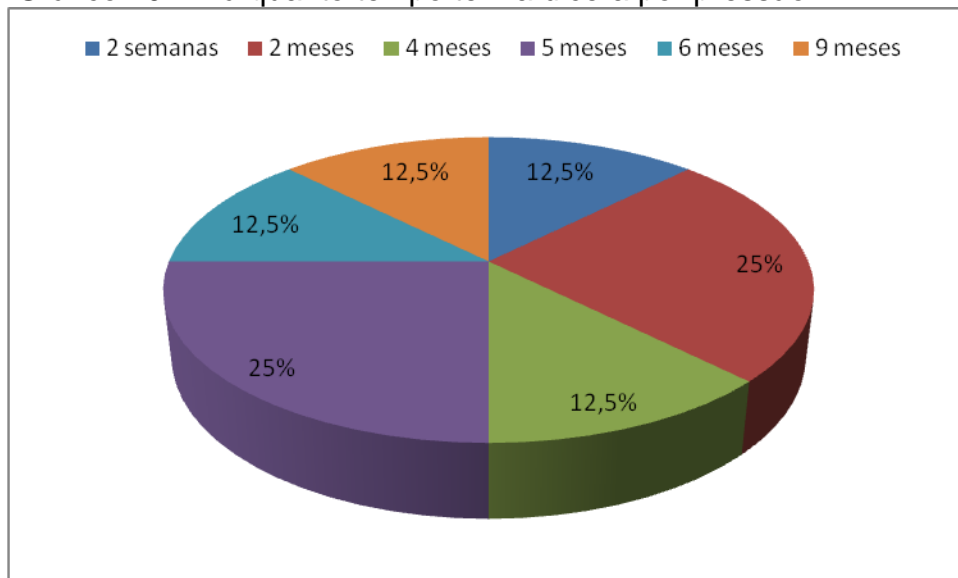
entre idosos de 80 a 99 anos foi de 3,6%. Dos 154 respondentes no trabalho de Oliveira e Novaes (2013) 16,2% possuíam diabetes mellitus tipo II. No estudo de Freitas et al. (2011) dos 300 prontuários avaliados 77 ou seja 25,6% dos idosos eram portadores de Diabetes.

A automonitorização da glicemia capilar por meio de aparelho de glicosimetria de uso domiciliar é um recurso que retrata as flutuações glicêmicas ao longo do dia sendo então muito utilizada por pessoas com diabetes especialmente as que fazem uso de várias doses diárias de insulina. (TEIXEIRA et al., 2012).

O estudo descritivo de Pelegrini et al. (2008) observou que de uma população de 72 idosos, 18% eram portadores de diabetes tipo 1.

Por fim, foi perguntado aos respondentes a tempo possuem úlcera por pressão. Desse modo foi percebido que 12,5% são portadores há nove meses, 12,2% há seis, 25% há cinco meses. Foi percebido heterogeneidade percentual entre quatro e dois meses, bem como, duas semanas uma vez que nesses três períodos distintos o valor foi de 12,5%.

Gráfico 10 – Há quanto tempo tem a úlcera por pressão



Fonte: Do autor.

De acordo com Gomes et al. (2010) o tempo que o indivíduo se encontra acamado está relacionado ao aparecimento de úlcera por pressão, tanto que em seu estudo a prevalência de úlcera por pressão estava em conjunção com o tempo em que paciente permanecia acamado permitindo observar que quando o período era maior que dez dias a ocorrência de úlcera por pressão

aumentava consideravelmente.

Para Sanders e Pinto (2012) dentre os fatores de risco para o aparecimento de ulcera por pressão em seus estudos estão a idade (a partir de 60 anos) e o longo período acamação que no caso desse estudo foi a partir de 16 dias. Dessa forma permite-se a inferência de que o tempo de acamação potencializam a predisposição de ocorrência da úlcera por pressão. (VIEIRA et al., 2014).

5 ARTIGO

A PELE DO IDOSO E A PREDISPOSIÇÃO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO AO CUIDADOR

Eduardo Alves Fabiano¹

Marcilia Rodrigues²

Resumo: A pele é o manto de revestimento do organismo, serve de isolante dos componentes orgânicos do meio externo. É também o maior órgão do corpo humano e tem a função de protegê-lo contra infecções, lesões ou traumas, controlar a temperatura corpórea e proteger contra os raios solares e representa 12% do peso total do corpo humano tendo o peso de aproximadamente 4,5 kg. Seguindo uma tendência mundial, o momento demográfico da população é caracterizado por baixas taxas de fecundidade, aumento da longevidade e urbanização acelerada. O envelhecimento é um processo que atinge a todos os seres vivos e envolvem circunstâncias favoráveis à diminuição da possibilidade de sobrevivência. Apresentam mudanças no comportamento, na aparência e nas experiências. A úlcera por pressão é caracterizada por uma lesão da pele, na qual após um período de fluxo sanguíneo deficiente, os nutrientes deixam de ser transportados para a célula, e os produtos de degradação se acumulam, ocorrendo à isquemia seguida de hiperemia, edema e necrose tecidual, evoluindo para a morte celular. Nota-se que juntamente com o enfermeiro o cuidador é de suma importância para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, cabendo ao profissional de enfermagem o principal facilitador na capacitação do cuidador leigo.

Palavras-chave: Úlcera por pressão. Tratamento. Idoso. Enfermagem. Cuidador.

Abstract: The skin is the body's mantle coating serves as insulator of the organic components from the external environment. It is also the largest organ of the human body and serves to protect you from infection, injury or trauma, controlling body temperature and protect from sunlight and represents 12% of the total human body weight having a weight of approximately 4 5 kg .. Following a global trend, the demographic time the population is characterized by low fertility rates, increased longevity and accelerated urbanization. Aging is a process that affects all living beings and involve favorable to reducing the chance of survival circumstances. Show changes in behavior, appearance and experiences. The pressure ulcer is characterized by a skin lesion, in which after a period of inadequate blood flow, nutrients are no longer transported to the cell and degradation products accumulate, occurring after ischemia of hyperemia, edema and necrosis, progressing to cell death. We note that along with the nurse caregiver is of paramount importance for the prevention and treatment of pressure ulcers, being the professional nursing major facilitator in the training of lay caregivers.

¹ Graduando do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina.

² Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina.

Key words: Pressure ulcer. Treatment. Aged. Nursing. Caregiver.

1 Introdução

Seguindo uma tendência mundial, o momento demográfico da população é caracterizado por baixas taxas de fecundidade, aumento da longevidade e urbanização acelerada. (BRASIL, 2013).

Esse aumento da expectativa de vida relaciona-se com o avanço tecnológico, conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria na questão nutricional, elevação do conhecimento e práticas e hábitos de higiene pessoal e ambiental entre outros. (BRASIL, 2013).

Conseqüentemente essas transformações potencializam o maior crescimento da população idosa quando comparado a outras faixas etárias, o que chamamos de envelhecimento populacional.

As experiências de vida podem acelerar esse processo, pois é encontrada nas pessoas que envelhecem uma maior interação entre o estado psicológico e o social, que podem ser refletidos na capacidade de mudanças e adaptação do indivíduo de acordo com sua nova condição. Assim, o envelhecimento é afetado diretamente com a ação do estado de espírito, embora não dependa necessariamente da situação para existir. (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

No Brasil, a população com idade maior que 65 anos teve crescimento maior do que o dobro nos últimos 50 anos. Tomando como base a proporção de crescimento é possível logo a população dessa faixa etária alcance e/ou ultrapasse 30 milhões. A probabilidade é de que em 2020 uma parcela de 10% da população nacional seja constituída de idosos e para 2025, a população idosa será de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ocupando, dessa forma, a sexta posição do *ranking* mundial em relação à população idosa. (BRASIL, 2013).

Com o aumento da população idosa há também o crescimento de doenças crônicas que em muitas circunstâncias podem levar a incapacidade e também submeter os idosos a estarem acamados por longos períodos, vindo então a comprometer tanto a qualidade de vida quanto a integridade física do mesmo. Uma das conseqüências de longo período no leito é a úlcera por pressão (UPP) que segundo Brasil (2013) trata-se de lesão na pele e/ou tecido subjacente e em geral

ocorre sobre uma proeminência óssea, devido a pressão com ou sem combinação entre pressão e cisalhamento advindo de fricção.

O idoso apresenta várias alterações na pele, decorrentes do próprio processo de envelhecimento, combinadas com a ação deletéria provocada pelo meio ambiente, principalmente pela luz solar. Ocorre ainda uma diminuição da elasticidade, que somada à diminuição da pele e do subcutâneo, dão origem às rugas, As glândulas sudoríparas e sebáceas diminuem, resultando uma pele seca e áspera, mais sujeita a infecções. (SMELTZER; BARE, 2002).

2 Referencial Teórico

A pele é o manto de revestimento do organismo, serve de isolante dos componentes orgânicos do meio externo, “[...] é a interface dinâmica que separa nossos fluidos, células, órgãos e sistemas biológicos do meio exterior, exercendo função protetora, regulatória, sensitiva e metabólica”. (SARTORI; LOPES, 2010, p. 15).

É também o maior órgão do corpo humano e tem a função de protegê-lo contra infecções, lesões ou traumas, controlar a temperatura corpórea e proteger contra os raios solares e representa 12% do peso total do corpo humano tendo o peso de aproximadamente 4,5 kg. De acordo com Guirro e Guirro (2010) cada 3 cm de pele possui mais de 32 milhões de células, de 100 a 340 glândulas sudoríparas, 50 terminações nervosas e ainda 90 cm de vasos sanguíneos.

Dentre as suas funções, Guirro e Guirro (2010) destaca:

- Base dos receptores sensoriais;
- Fonte de organização e processamento de informações;
- Reservatória de água e alimento;
- Barreira contra materiais tóxicos e organismos orgânicos entre outros.

Ela é formada por duas camadas principais, a epiderme e a derme, nesse sentido a epiderme situa-se sobre a tela subcutânea, é a camada mais superficial composta por tecidos epiteliais, vasos sanguíneos, linfáticos, terminações nervosas folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebácea e células como, fibroblastos, mastócitos, monócitos, macrófagos, plasmócitos entre outros.

A camada córnea é mais superficial da epiderme sendo composta por

células mortas preenchidas por uma proteína denominada queratina, o que dá origem ao termo queratinócito. Estas formam uma cobertura ao redor de toda a superfície do corpo, atuando como uma barreira de proteção contra invasão de agentes do meio externo, ajudando também a restringir a perda de água do organismo. (GUIRRO; GUIRRO, 2010).

O envelhecimento é um processo que atinge a todos os seres vivos e envolvem circunstâncias favoráveis à diminuição da possibilidade de sobrevivência. Apresentam mudanças no comportamento, na aparência e nas experiências. A UPP é caracterizada por uma lesão da pele, na qual após um período de fluxo sanguíneo deficiente, os nutrientes deixam de ser transportados para a célula, e os produtos de degradação se acumulam, ocorrendo à isquemia seguida de hiperemia, edema e necrose tecidual, evoluindo para a morte celular.

De um modo geral as úlceras por pressão são lesões advindas da falta de alívio de pressão que por decorrência danifica o tecido subjacente dado a interrupção do suprimento de sangue e geram custos tanto às instituições que atendem essa público quanto aos hospitais e orçamento familiar já que a probabilidade de um paciente acamado desenvolver úlceras por pressão é aumentada em idosos devido a própria condição fisiológica. (SOUZA et al., 2013).

A UPP comumente denominada causa danos consideráveis aos pacientes, prejudica a recuperação funcional, na maioria das circunstâncias causam dor e levam ao desenvolvimento de infecções graves em muitas vezes provocam septicemia e mortalidade. Sabe-se que na grande maioria das vezes as úlceras por pressão são evitáveis e de acordo com Brasil (2013) apenas nos Estados Unidos aproximadamente 600 mil óbitos ocorridos em hospitais anualmente são em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo estimado do tratamento para essas úlceras apenas naquele país chega a casa de 11 bilhões de dólares por ano.

A qualidade de vida desses pacientes pode ser melhorada por ações e intervenções que tenham objetivo de ajudar a manter e a programar o bem-estar físico, emocional e cognitivo dos idosos, auxiliar a família a superar os conflitos gerados pela situação de cuidado, ajudá-la a tomar as providências necessárias à incrementação da qualidade de vida do idoso. (QUEIROZ et al., 2014).

Assim, os programas de atendimento domiciliar trazem benefícios para o

paciente, para a família e para o cuidador, tais como aumento na satisfação com a qualidade de vida e aumento da atenção e da confiança em relação aos cuidados domiciliares. (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2014).

O fato de estarem sendo atendidos regularmente em domicílio proporciona aos pacientes um amparo emocional familiar que é um grande facilitador para a melhora da qualidade de vida dos idosos e seus familiares. (THUMÉ et al., 2010).

Entretanto se faz necessário que os cuidadores e familiares sejam informados sobre o que é, como pode ser evitada e/ou tratada as úlceras por pressão. Nesse sentido os enfermeiros devem expandir seus conhecimentos na área do tratamento de feridas, s não somente ater-se à aprendizagem advinda da universidade. (ARAÚJO et al., 2011).

Na assistência do idoso portador de UPP, a mensuração trata-se de um método que possibilita a efetivação do processo evolutivo cicatricial, oferece confiabilidade à assistência de enfermagem, apresenta parâmetros seguros para a monitorização do processo de cicatrização como também demonstra maneiras de avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem. (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Avaliada a extensão da UPP, é preciso estudá-la utilizando a classificação universalmente utilizada, que leva em consideração a extensão superficial ou profunda, recomendada pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014), sendo assim destacada:

Estágio I- eritema que não desaparece a digito pressão em pele intacta (eritema não clareável).

Estágio II - perda parcial da espessura da pele envolvendo epiderme ou derme. A úlcera é superficial e se apresenta clinicamente como uma abrasão, bolha ou cratera rasa.

Estágio III - perda de toda a espessura da pele com comprometimento ou necrose do tecido subcutâneo, porém sem comprometimento da fáscia muscular subjacente. A úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda.

Estágio IV - perda de toda a espessura da pele com destruição extensa, necrose importante da região ou comprometimento muscular, ósseo ou de estruturas adjacentes, ou seja, tendões e articulações. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

O tratamento deve ser iniciado após avaliação da equipe multidisciplinar,

sendo que vários fatores acabam influenciando no tratamento. Os principais objetivos: favorecer a cicatrização da lesão, minimizar os sintomas do paciente, visar à melhoria da qualidade de vida e redução do custo do tratamento. (SOUZA; SANTOS, 2007).

Deve-se irrigar a lesão com soro fisiológico morno, permitindo um meio úmido que facilita a cicatrização. Embora a superfície deva permanecer úmida, o excesso de umidade provoca maceração da pele circundante. O oxigênio é fundamental em todas as etapas da cicatrização.

Outro fator importante para acelerar a cicatrização é a manutenção da temperatura normal, em torno de 37°C, por propiciar a proliferação celular e a atividade dos macrófagos. A proteção entre a ferida e o ambiente forma uma barreira, impedindo a contaminação. A limpeza da ferida renova e prolonga a reação inflamatória, afetando a velocidade de cicatrização e sua resistência. A retirada traumática do curativo provoca uma ruptura do tecido recém formado, atrasando a cicatrização podendo levar a outra reação inflamatória. (SANTOS et al., 2013).

Há também outro princípio importante da terapia tópica de feridas, que é a oclusão com coberturas, denominadas de curativos. Existem algumas características para a escolha da cobertura mais apropriada com o objetivo de manter o ambiente propício para a reparação tissular, classificadas em: manter umidade na interface ferida/cobertura (com soro fisiológico morno), remover o excesso de exsudato, permitir a troca gasosa, promover isolamento térmico, proporcionar proteção contra infecções, ser isento de partículas e tóxicos contaminadores de ferida, remoção do curativo sem causar traumas. (COELHO, 2013).

Os curativos com placa de hidrocolóide têm a finalidade de tratamento de feridas limpas e prevenção de úlceras por pressão. Alivia a dor através da proteção das terminações nervosas e não aderência ao leito da ferida e é autoaderente, dispensando a utilização de curativos secundários. (PINHEIRO, BORGES; DONOSO, 2013).

É inquestionável o papel do cuidador no atendimento domiciliar e mantê-lo informado conhecê-lo é de extrema importância para que o atendimento se torne completo. (SOUZA et al., 2014).

Dessa forma se torna de grande importância orientar não apenas o paciente e familiares, como também os cuidadores sobre as características da doença, sua

evolução, fatores de alívio e piora do quadro clínico, cuidados gerais de higiene, manutenção do ambiente, estímulos motores, medidas para prevenção de úlceras por pressão e outras orientações pertinentes a cada caso. Há também de informar sobre a necessidade do balanceamento dos alimentos a serem fornecidos ao portador e os que podem ser utilizados como suporte para a agilização ou potencialização do tratamento no tocante a cicatrização. (QUEIROZ et al., 2014).

Para que ocorra a assistência em domicílio, o paciente e familiar devem atender aos pré-requisitos mínimos tais como: condições residenciais favoráveis, a disponibilidade de um cuidador, o paciente e seu familiar devem estar em comum acordo para a transferência do hospital para a residência, com a garantia do acompanhamento assistencial. (LISE; SILVA, 2007).

A avaliação do enfermeiro na visita domiciliária geronto-geriátrica deverá acontecer de forma sistematizada, analisando os processos de envelhecimento, auxiliando na redução dos fatores de risco dos agravos à saúde do idoso assistido. Torna-se necessária a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nessa atividade.

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma necessidade verificada mundialmente, com vista à uniformização da comunicação entre os profissionais e a melhoria da qualidade da assistência oferecida, possibilitando facilitar, viabilizar e prestar de forma mais adequada o cuidado ao idoso acamado no domicílio. (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013).

Ao atender o idoso, devem ser consideradas as características peculiares dessa clientela, como modificações nas funções cognitivas, as alterações biofisiológicas, a perda da capacidade funcional relacionadas com as dificuldades nas atividades da vida diária, bem como as relações existentes entre o processo do envelhecimento, as doenças associadas, ao contexto familiar e social. (VALENTE; BARBOSA; TEIXEIRA, 2008).

3 Considerações Finais

Com as transformações celulares e extracelulares do idoso, há uma metamorfose no aspecto físico em conjunto com o declínio na função, ocorrendo ainda alterações mensuráveis na forma física e na sua constituição corporal, onde a

capacidade de manter sua homeostasia torna-se comprometida a cada dia que passa.

Essas transformações variam de pessoa para pessoa, embora tais variações sejam encontradas em todas as pessoas idosas e façam parte do processo de envelhecer dentro de uma normalidade.

As doenças, no entanto, também podem vir a induzir modificações que, com certa frequência, vão assumir uma intensidade maior, exteriorizadas de tal maneira que se torna visível sua caracterização. E assim, a úlcera por pressão se desenvolve em proeminências ósseas, devido à pressão excessiva, a qual conduz para uma isquemia e necrose tecidual, cujo principal causador é a pressão.

Geram custos tanto às instituições que atendem esse público quanto aos hospitais e orçamento familiar já que a probabilidade de um paciente acamado desenvolver úlceras por pressão é aumentada em idosos devido a própria condição fisiológica.

Nota-se que juntamente com o enfermeiro, o cuidador é de suma importância para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, cabendo ao profissional de enfermagem o principal facilitador na capacitação do cuidador leigo.

Desse modo ao considerarmos as projeções de que em 2025 o Brasil estará como a sexta população idosa no mundo, torna-se primordial agir com rapidez para podermos dar conta deste contingente de forma mais confortável, segura, humanizada, atentando a esse agravante considerável que é a úlcera por pressão.

Acredita-se que a enfermagem vem ser a ponte entre o paciente hospitalizado e também aos que se encontram sobre os cuidados da família, cuidadores, instituições de longa permanência, programas governamentais como a Estratégia Saúde da Família, de modo a informar e trabalhar em prol da diminuição de ocorrência desse tipo de morbidade.

Referências

ARAÚJO, T. M. et al. Diagnóstico de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

CARVALHO, D. P.; RODRIGUES, R. M.; BRAZ, E. Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 455-459, 2013.

COELHO, A. D. A. **Intervenções de enfermagem para tratamento de úlcera por pressão em pacientes acamados**: revisão integrativa da literatura. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

FREITAS, I. B. A.; MENEGHEL, S. N.; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 301-310, jan. 2011. .

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia dermatofuncional**: fundamentos, recursos, patologias. 3. ed. São Paulo: Manole, 2010.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 34, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 abr. 2014.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1072>>. Acesso em: 9 out. 2014.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Disponível em: <<http://www.npuap.org/>>. Acesso em: 9 out. 2014.

PELEGRIN, A. K. A. P. et al. Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, 4, p. 182-8, out./dez. 2008.

PINHEIRO, L. S.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 760-770, set./out. 2013.

QUEIROZ, A. C. C. M. et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-271, abr. 2014.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 set. 2014.

SANTOS, C. T. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-118, mar. 2013.

SARTORI, L. R.; LOPES, N. P. **A química no cuidado da pele**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Química, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 958-964, set./out. 2007.

SOUZA, T. S. et al. Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 345-352, 2013.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, dez. 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pele protege o organismo e dentre suas funções esta a de servir como isolante dos componentes orgânicos do meio externo. Compõe-se de três camadas: epiderme, derme e hipoderme e é o órgão mais extenso do corpo humano e ainda, o maior órgão de absorção do corpo por corresponder aproximadamente a 10% do peso corporal e possuir uma área de 2m².

Sua espessura, elasticidade e distensibilidade podem variar de acordo com vários fatores, tais como a idade, grau de nutrição e hidratação, riscos externos a que está exposta, entre outros.

A manutenção da integridade da pele em idosos baseia-se no conhecimento e medidas de cuidados relativamente simples, que podem ser realizadas de maneira universal, tendo validade tanto na prevenção de úlceras por pressão quanto por outras lesões que venham a danificar a pele do indivíduo.

O envelhecimento é um processo que atinge a todos os seres vivos e envolvem circunstâncias favoráveis à diminuição da possibilidade de sobrevivência. Apresentam mudanças no comportamento, na aparência e nas experiências.

A UPP é caracterizada por uma lesão da pele, na qual após um período de fluxo sanguíneo deficiente, os nutrientes deixam de ser transportados para a célula, e os produtos de degradação se acumulam, ocorrendo à isquemia seguida de hiperemia, edema e necrose tecidual, evoluindo para a morte celular e a cada vez mais se torna um grave problema, estando frequentemente associado à má qualidade da assistência, exigindo uma grande demanda de tempo e custo, para o tratamento das lesões.

Muitos são os fatores levam ao desenvolvimento da UPP, entre eles, mobilidade, estado nutricional, incontinência, infecção, condições clínicas, distribuição de peso, regime de tratamento, cuidados de higiene, e técnicas de manuseio do paciente entre outros. Torna-se crucial que seja adotado medidas na prevenção e tratamento de UPP em idosos acamados onde o tratamento se inicie após avaliação criteriosa.

A partir dos dados coletados no presente estudo os portadores de ulcera por pressão encontram-se na sua maioria entre 71 a 80 anos, sendo

prevalente o gênero feminino.

Percebeu-se que todos não possuem cônjuge uma vez que quanto ao estado civil metade da população afirmou ser viúvo e a outra metade solteira.

A renda familiar dessa população ficou na casa dos cinco salários mínimos e a escolaridade heterogênea, variando de analfabetos e superior completo, sendo o tempo de internação acima de um ano.

O tempo de ser portador de ulcera por varia entre duas semanas a nove meses. Quanto a periodicidade dos curativos a média é de duas vezes ao dia e todos afirmam terem dor ao passarem pelo procedimento.

Houve predominância do Diabetes tipo I e todos os pacientes realizam o controle semanalmente.

Acredita-se que a enfermagem, ou seja, o enfermeiro é o profissional capacitado em identificar a necessidade de cuidados, repassar cuidados básicos, porém eficazes que possam contribuir para a prevenção dessas lesões e acompanhar o tratamento quando nos casos necessários a fim de promover o conforto e a integridade dos idosos. Infere-se que o enfermeiro tem um papel relevante na capacitação do na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

REFERÊNCIAS

- ALVES, K. A. et al. Perfil de saúde dos idosos de uma instituição de longa permanência relacionados aos déficits cognitivos. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracajú, v. 1, n. 17, p. 81-92, out. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/943/538>>. Acesso em: 9 set. 2014.
- AMARAL, J. J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza: [s. n.], 2007. Disponível em: <<http://br.geocities.com/abs5famed/bibliografia.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.
- ANDERSON, B. E. **Sistema tegumentar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=p0yGBAAQBAJ&pg=PT44&dq=a+pele+camadas&hl=pt-BR&sa=X&ei=92FjVIHrPliirNoCggNAF&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=a%20pele%20camadas&f=false>>. Acesso em: 9 ago. 2014.
- ARAÚJO, A. P. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MARTINS JUNIOR, J. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. **Perspectivas**, São Paulo, v. 4, n. 12, 2014. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/42>. Acesso em: 9 ago. 2014.
- ARAÚJO, C. L. O. et al. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 8, p. 33-44, nov. 2010.
- BIREME. **Descritores em ciências da saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 9 ago. 2014.
- BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200036>. Acesso em: 9 out. 2014.
- BONETTI, V. B. **Incidência de estrias em acadêmicos da faculdade Assis Gurgacz: identificando a sua principal causa**. 2007. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/tcc/2007/>>. Acesso em: 7 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.
- CALIRI, M. H. L. **Úlcera por pressão: recomendações para prevenção**. Disponível em:

<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=24>. Acesso em: 9 ago. 2014.

CARVALHO, E. S. S. Úlceras por pressão: conhecer, prevenir e tratar. In: _____. **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional**. Salvador: Atualiza, 2011. p. 177-197.

CHAYAMITI, E, M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005>. Acesso em: 9 jun. 2014.

COSTA, A. L. J.; EUGENIO, S. C. F. **Cuidados de enfermagem: eixo ambiente e saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ELIAS, C. M. V. et al. Compilação de evidências científicas acerca da prevenção da úlcera por pressão. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 1, 2014. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/242/pdf_95>. Acesso em: 8 set. 2014.

FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 set. 2014.

FREITAS, J. P. C.; ALBERTI, L. R. Aplicação da escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 out. 2014.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-50, mar. 2011.

GOMES, F. S. L. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 out. 2014.

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos, patologias**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2010.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201- 210, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf> >. Acesso em: 6 out. 2014

JUNQUEIRA, L. C. U.; CARNEIRO, J. **Biologia celular e molecular**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KAKIHARA, C. T. Envelhecimento cutâneo. In: MALAGUTTI, W. **Cuidados de enfermagem em geriatria**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p. 1-5.

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

LEMONS, A. C. M.; CUNHA, S. C. O conhecimento da enfermagem e suas práticas em úlceras por pressão: teorias, causas e reflexos financeiros na instituição de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias, v. 8, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1951/0>>. Acesso 9 out. 2014.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, maio/jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 set. 2014.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1072>>. Acesso em: 9 out. 2014.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 337-341, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12>>. Acesso em: 9 out. 2014.

MATTIA, A. L. et al. Úlcera por pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 46, p. 296-299, 2010.

MINAYO, M. C. Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOURA, G. A.; SOUZA, L. K. Práticas de lazer de idoso institucionalizados. **Movimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 69-93, out./dez. 2013.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Disponível em: <<http://www.npuap.org/>>. Acesso em: 9 out. 2014.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. As diferenças faces do ambiente de trabalho em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 43-52, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/1715/1423>>. Acesso em:

9 out. 2014.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2008.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400020&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 set. 2014.

PAIVA, F. O. **O papel do enfermeiro no controle da dor na pessoa idosa institucionalizada**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Dor) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8752/1/676665_Tese.pdf>. Acesso em: 9 out. 2014.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-6, abr./jun. 2005.

QUEIROZ, A. C. C. M. et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-271, abr. 2014.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arquivos em Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 50-4, 2005.

ROCHA FILHO, D. R. et al. Produção científica sobre as abordagens preventivas das úlceras por pressão. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n. 4, p. 196-204, out./dez. 2013.

ROCHA, L. S.; SOUZA, E. M. S.; ROZENDO, C. A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 722-30, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a14.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

ROSA, T. J. S. et al. Úlceras por pressão: tratamento. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=506>. Acesso em: 9 out. 2014.

SANDRES, L. S. C.; PINTO, F. J. M. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 22, p. 166-170, abr./jun. 2012.

SANTOS, N. C. M. **Home care**: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar. São Paulo: Látria, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2014.

SARTORI, L. R.; LOPES, N. P. **A química no cuidado da pele**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Química, 2010.

SCHOR, N. **Guia de dermatologia clínica, cirúrgica e cosmiatria**. São Paulo: Manole, 2008.

SILVA, A. J. et al. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 971-976, 2013.

SILVA, J. T. **Tratamento de estrias com corrente galvânica associado ao uso diário dos ácidos retinóico e glicólico**. 2005. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Assis Gurgacz – FAG, Cascavel, 2005. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2005/Fisioterapia/tratamento_de_estrias_com_corrente_galvanica_associado_ao_uso_diario_dos_acidos_retinoico_e_glicoico.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. F. L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a03v12n1.pdf>. Acesso em: 8 set. 2014.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Prática da utilização de lancetas ou agulhas na automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2014.

VIEIRA, C. P. B. et al. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1777>>. Acesso em: 9 set. 2014.

WOLD, G. H. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário

O questionário a ser respondido destina-se a uma pesquisa de cunho acadêmico, cujo tema é cuidados especiais a pele do idoso. Sua participação é muito importante.

- 1) Idade_____
- 2) Sexo () Feminino () Masculino
- 3) Profissão_____
- 4) Escolaridade:

<input type="checkbox"/> sem instrução	<input type="checkbox"/> 2º grau completo
<input type="checkbox"/> 1º grau incompleto	<input type="checkbox"/> superior incompleto
<input type="checkbox"/> 1º grau completo	<input type="checkbox"/> superior completo
<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto	
- 5) Renda familiar mensal: _____
- 6) () Casada(o) () Solteira(o) () Divorciada(o) () Viúva(o)
- 7) Quanto tempo vc esta internada acamada?

<input type="checkbox"/> uma semana	<input type="checkbox"/> acima de três meses
<input type="checkbox"/> um mês	<input type="checkbox"/> outro. _____
<input type="checkbox"/> acima de um ano.	
- 8) Quantas vezes é feito o curativo?

<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 3 vezes ao dia
--------------------------------	---	---
- 9) Você sente dor ao fazer o curativo?

<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim.
------------------------------	-------------------------------
- 10) Você é diabético quantas vezes vc faz o exame de HGT.

<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> anualmente
<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> nunca faz.

Se é diabético mencione o tipo de diabetes: _____
- 11) Há quanto tempo vc tem essa úlcera por pressão ?

<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim.	Há quanto tempo? ____semanas____meses.
------------------------------	-------------------------------	--

Obrigado por sua colaboração.