



## Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio\*

*Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home*

*Evaluación del riesgo de úlceras por presión en cama ancianos en el hogar*

Geridice Lorna de Andrade Moraes<sup>1</sup>, Thiago Moura de Araújo<sup>2</sup>, Joselany Áfio Caetano<sup>3</sup>, Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>4</sup>, Maria Josefina da Silva<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o risco para úlcera por pressão em idosos no domicílio, após período de internação hospitalar. **Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo realizado no domicílio de 40 idosos identificados na alta hospitalar, com risco para úlcera por pressão (UP), mediante aplicação da escala de Braden. O acompanhamento foi realizado em quatro visitas domiciliares, no período entre junho e agosto de 2010, em Fortaleza (CE) e região metropolitana. **Resultados:** A maioria dos idosos era do sexo feminino (65%) e com diagnóstico médico de acidente vascular encefálico (55%). Nas primeira e segunda visitas, 55% e 40% dos idosos, respectivamente, apresentaram risco elevado para UP e a incidência de lesão foi de 22,5%. A associação dos escores de risco apresentou associação significativa nas três primeiras visitas. **Conclusão:** O risco para o desenvolvimento de UP foi mais elevado nas duas primeiras semanas, após a alta hospitalar, mas diminuindo no decorrer das visitas.

**Descritores:** Idoso; Úlcera por pressão; Fatores de risco; Enfermagem; Visita domiciliar

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the risk for pressure ulcers in elderly in their homes, after a period of hospitalization. **Methods:** A longitudinal prospective study conducted in the homes of 40 elderly identified with risk for pressure ulcer (PU) at hospital discharge, using the Braden Scale. The monitoring was conducted over four home visits, in the period between June and August of 2010, in Fortaleza (CE) and its metropolitan region. **Results:** The majority of the elderly were female (65%) with a medical diagnosis of cerebral vascular accident (55%). In the first and second visits, 55% and 40% of the elderly, respectively, presented high risk for PU, and the incidence of PU was 22.5%. The association of the risk scores presented significant association in the first three visits. **Conclusion:** The risk for PU development was higher in the first two weeks, after hospital discharge, but diminished for the remainder of the visits.

**Keywords:** Aged; Pressure ulcer; Risk factors; Nursing; Home visit

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el riesgo a úlcera por presión en ancianos en el domicilio, después del período de internamiento hospitalario. **Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo realizado en domicilio de 40 ancianos identificados en el alta hospitalaria, con riesgo a úlcera por presión (UP), mediante aplicación de la escala de Braden. El acompañamiento fue realizado en cuatro visitas domiciliarias, en el período entre junio y agosto de 2010, en Fortaleza (CE) y región metropolitana. **Resultados:** La mayoría de los ancianos era del sexo femenino (65%) y con diagnóstico médico de accidente cerebro vascular (55%). En la primera y segunda visitas, 55% y 40% de los ancianos, respectivamente, presentaron riesgo elevado para UP y la incidencia de lesión fue del 22,5%. La asociación de los scores de riesgo presentó asociación significativa en las tres primeras visitas. **Conclusión:** El riesgo para el desarrollo de UP fue más elevado en las dos primeras semanas, después del alta hospitalaria, pero fue disminuyendo en el transcurrir de las visitas.

**Descriptores:** Anciano; Úlcera por presión; Factores de riesgo; Enfermería; Visita domiciliar

\* Artigo extraído da tese de doutorado "Adaptação e validação de protocolo para prevenção de úlcera por pressão em idosos assistidos no domicílio" apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Diretora de pesquisa e projeto estratégicos- da Prefeitura Municipal de Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – Imperatriz (MA), Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>4</sup> Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A idade avançada produz modificações intensas no organismo humano, tornando-o mais vulnerável a doenças e lesões, além de produzir sequelas e longas internações hospitalares<sup>(1)</sup>. O perfil da população idosa constitui-se de características individuais que poderão levar o indivíduo a desenvolver uma úlcera por pressão (UP), como alterações na estrutura da pele, mobilidade prejudicada e padrão cognitivo alterado. Os idosos destacam-se, entre os indivíduos com UP, por serem mais acometidos por doenças degenerativas; apresentam problemas de incontinência urinária; e o uso de medicações que alteram seu metabolismo<sup>(2)</sup>.

A transição demográfica brasileira apresenta características particulares que precisam ser apreendidas, mediante estudos que deem conta dessa especificidade. Além disso, o cuidado de saúde destinado ao idoso é em relação às demais faixas etárias, o mais oneroso. Conforme dados fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 18,6% do total de internações hospitalares foram registradas na faixa etária de 60 anos ou mais, para um segmento de idosos de apenas 8,5% da população total do País; em comparação a 20,9% de internações na faixa de zero a 14 anos, para uma população de 29,6%; e 60,5% de internações na faixa de 15 a 59 anos, que representam 61,8 da população total<sup>(3)</sup>.

Na atenção primária, o processo de enfermagem dirigido ao idoso ainda é um assunto pouco discutido, embora o Ministério da Saúde proponha protocolos no Caderno de Atenção Básica cujo foco é o idoso. Na prática, o peso assistencial ainda é preponderante, e o grau de desarticulação dentro do sistema de saúde dificulta a operacionalização em qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso. Diante dessa problemática, as ações de prevenção são as ferramentas propostas para diminuição do risco de UP em idosos<sup>(4)</sup>.

Defendidas em vários estudos, medidas preventivas abrangem ações simples e demandam poucos gastos, como o uso de escalas de predição para a UP. Além da avaliação de risco, como medida preventiva, destacam-se como as ações mais efetivas na prevenção dessas lesões: a diminuição da pressão sobre as proeminências ósseas, por meio da movimentação e da mudança de decúbito; e a utilização de colchões apropriados<sup>(5-8)</sup>.

A Agência de Pesquisa sobre Saúde e Qualidade recomenda que os pacientes sejam avaliados quanto ao desenvolvimento de uma lesão no período de internação e também, periodicamente, após a alta hospitalar. Nos tratamentos longos, observa-se que a maioria das úlceras por pressão ocorre logo após a internação, por esse motivo sugere-se que os pacientes sejam acompanhados semanalmente nas primeiras 4 semanas e, por fim, mensalmente ou quando a situação do paciente se alterar<sup>(9,10)</sup>.

Portanto, torna-se necessário que os enfermeiros que participam das visitas também incorporem em sua prática a questão ética do cuidado, considerando a dimensão biopsicossocioespíritual do idoso e não só sua lesão. Acredita-se que, nessa dimensão ética do cuidado, precisa ser incluída, pelo profissional, a reflexão sobre a resolutividade de sua prática no contexto institucional, para a obtenção de resultados positivos e a melhoria da qualidade de vida da população idosa<sup>(11)</sup>.

Desse modo, a assistência domiciliária realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família surge como uma das estratégias de atenção à saúde já consolidada em alguns países desenvolvidos e com rápido crescimento no Brasil. Essa prática assistencial começou como uma das ações programadas para famílias que tinham, em seus domicílios, idosos acamados portadores de sequelas de doenças crônicas degenerativas, terminais e pós-cirúrgicas, assim como fratura de fêmur. Verifica-se que o comprometimento da independência do idoso pode resultar em maior necessidade de cuidados.

A Organização Mundial de Saúde define assistência domiciliária como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais, com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a funcionalidade do organismo e a saúde das pessoas em um nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliária podem ser classificados nas categorias de preventivo, terapêutico, reabilitador, acompanhamento por longo tempo e cuidado paliativo<sup>(12)</sup>.

Tendo em vista o caráter oneroso das repercussões clínicas das UP, tornou-se fundamental a adoção de medidas de prevenção contra esse agravo em tempo hábil, pois, cerca de 95% dessas úlceras podem ser evitadas. Nessa circunstância, o primeiro passo para a implementação de medidas preventivas é o reconhecimento dos pacientes com risco de desenvolver UP<sup>(13,14)</sup>.

Tendo em vista a problemática das UP em idosos, este estudo teve por objetivo avaliar o risco para UP em idosos no domicílio, após um período de internação hospitalar, mediante aplicação da escala de Braden.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, desenvolvido com uma população composta por 520 idosos internados em cinco hospitais públicos e um privado no Estado do Ceará, que foram acompanhados pelos pesquisadores até o momento da alta hospitalar. A coleta de dados ocorreu no período entre junho e agosto de 2010, sendo 2 meses para o recrutamento e avaliação no hospital e o último para avaliação no domicílio. Dentre esses sujeitos, foi selecionada uma amostra de 40 indivíduos, após a aplicação dos critérios de elegibilidade citados a seguir: apresentar dependência total ou parcial; ter alguma

doença que promova a incapacidade de deambular; estar classificado como portador de doença crônica ou com risco para UP, de acordo a escala de Braden; residir no Município de Fortaleza – CE ou região metropolitana. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: a presença de UP na alta hospitalar e a reinternação.

A seleção ocorreu no momento da alta hospitalar, atendendo à condição do paciente ter dependência total ou parcial, pois essa condição sugere a necessidade de um cuidador, seja ele formal ou informal. Para isso, consideraram-se na classificação de idosos com dependência parcial, os que se encontravam em situação na qual necessitavam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva do cuidador no desempenho de algumas atividades básicas, como tomar banho, tomar medicamentos, cuidar de suas finanças, ir ao médico, mas, que não estivessem restritos ao leito temporária ou permanentemente. Os idosos com dependência total foram os que precisavam diariamente do auxílio intensivo de cuidadores, não tendo capacidade para desempenhar quaisquer atividades de vida diária. Estes, normalmente, estão restritos ao leito e à cadeira, apresentando *déficit* cognitivo e descontrole esfíncteriano<sup>(15)</sup>.

A escala de Braden desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom em 1987, foi validada no Brasil e auxilia na avaliação do risco para UP e das condições gerais do paciente, auxiliando também na seleção das ações preventivas e curativas das UPs. Acredita-se que essa escala permite uma avaliação dos vários fatores relacionados à ocorrência da UP e que a aplicação desse instrumento auxilia o avaliador a realizar um exame detalhado das condições do estado do paciente<sup>(16)</sup>.

A escala é composta por seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Desses domínios, três são determinantes clínicos da exposição do paciente à pressão prolongada e intensa: percepção sensorial, atividade e mobilidade. Por meio dos outros três, aferem-se os fatores que interferem na capacidade do tecido de suportar o excesso de pressão: umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada um dos domínios da escala (ou subescala) tem uma especificação quantitativa padronizada das condições do paciente, com variações de 1 a 4, com exceção da fricção e do cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. A classificação de risco é dividida em: risco (15 a 16 pontos), risco moderado (13 a 14 pontos), risco elevado (10 a 12 pontos) e risco muito elevado ( $\leq 9$  pontos)<sup>(17)</sup>.

O período de acompanhamento dos sujeitos pesquisados foi de 30 dias, com intervalos de 7 dias. Para cada paciente, foram realizadas quatro visitas, sendo a primeira visita no ambiente hospitalar e as demais no domicílio. No primeiro contato, na alta hospitalar, os idosos eram convidados a participarem da pesquisa e, no caso do aceite, eram registrados seus endereços e números de telefone para os próximos encontros. A avaliação do risco

foi realizada nas quatro visitas. No momento da Visita domiciliar (VD), os colaboradores e a equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde aplicaram a escala de Braden. Os profissionais dessa unidade realizavam as orientações, após a avaliação do risco e depois do registro das ações realizadas pelos cuidadores.

Para o cálculo da amostra e da análise estatística, consideram-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%; diferença clinicamente relevante de 20% (representada pela diferença entre as prevalências de idosos internados com e sem risco para adquirir úlceras por pressão); e, por fim, a prevalência do fenômeno de 40%, obtida pelo número de idosos internados cadastrados pela Comissão Interdisciplinar de Prevenção e Tratamento de Lesões de um hospital de referência da rede estadual. Foram respeitados os aspectos éticos apresentados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota (Parecer 2128/2010). Foi obtida a assinatura dos pacientes ou responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após o convite para participar da pesquisa.

## RESULTADOS

Os dados foram coletados em seis instituições hospitalares (duas da rede estadual, três da rede municipal e uma da rede privada) e no domicílio dos pacientes participantes do estudo. Quanto à distribuição dos sujeitos por instituição, 20 (50%) eram provenientes das instituições estaduais; 17 (42,5%), das instituições municipais e 3 (7,5%), da rede privada.

Identificou-se que a maioria dos idosos avaliados era do gênero feminino (65%) e de cor branca (45%). Em relação ao estado civil, a maioria era viúvo (52,5%). Quanto ao motivo da internação, 55% dos idosos estavam internados com diagnóstico de acidente vascular encefálico. Quanto ao cuidador, identificaram-se os filhos como os principais sujeitos que assumiram essa responsabilidade (47,5%). A média da idade foi de 77,6 anos com um  $DP \pm 11,3$  anos, conforme apresentado nos dados da Tabela 1.

A análise de medidas repetidas mostrou a violação do princípio da esfericidade das variâncias entre os dias de aplicação do protocolo. Os grupos apresentaram homogeneidade de variâncias, tanto por dia de intervenção como globalmente. Na análise com a correção de Greenhouse-Geisser, foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os escores da escala de Braden por dia ( $p < 0,001$ ). Esse achado foi confirmado pelo Lambda de Wilks ( $p = 0,003$ ). Na análise de contrastes, diferenças significativas foram verificadas apenas na comparação dos escores dos 3 primeiros dias de intervenção.

**Tabela 1.** Caracterização dos idosos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2010

Variáveis	n(%)	Valor de p				
<b>Gênero</b>						
Masculino	14(35)	0,022**				
Feminino	26(65)					
<b>Cor da Pele</b>						
Parda	16(40)	0,291***				
Branca	18(45)					
Negra	6(15)					
<b>Situação conjugal</b>						
Casado	13(32,5)	0,419***				
Viúvo	21(52,5)					
Solteiro	4(10)					
Divorciado	2(5)					
<b>Diagnóstico médico</b>						
AVE*	22(55)	0,490***				
Fraturas	9(22,5)					
Outras causas	9(22,5)					
<b>Cuidadores</b>						
Esposo(a)	5(12,5)	0,608***				
Filho(a)	19(47,5)					
Nora(a)	4(10)					
Neto(a)	3(7,5)					
Outros	6(15)					
<b>Idade</b>	Média 77,6		DP 11,3	P25 67	P50 78	P75 86

\* Acidente Vascular Encefálico (AVE); \*\* – Qui-quadrado; \*\*\* – Teste de Fisher; \*\*\*\* – Mann-Whitney.

**Tabela 2.** Distribuição dos escores de risco, conforme a escala de Braden durante as visitas aos idosos acamados no domicílio. Fortaleza-CE, 2010.

Classificação de risco de UP	n(%)	Valor de p*
1ª Visita	Em risco	0,0309
	Risco moderado	
	Risco elevado	
	Risco muito elevado	
2ª Visita	Em risco	0,0481
	Risco moderado	
	Risco alto ou elevado	
	Risco muito elevado	
3ª Visita	Em risco	0,0156
	Risco moderado	
	Risco alto ou elevado	
	Risco muito Elevado	
4ª Visita	Em risco	0,213
	Risco moderado	
	Risco alto ou elevado	
	Risco muito elevado	

\*Teste de Fisher-Freeman – Halton

Na Tabela 2, observa-se que nas primeira e segunda considerações mais da metade dos idosos apresentou um número significativamente maior de risco alto ou elevado. Houve uma maior concentração de pacientes na classificação “Em risco” nas terceira e quarta avaliações. Durante o acompanhamento, um sujeito foi reinternado e não pôde participar da última avaliação.

Durante as avaliações realizadas nas visitas, detectou-se a presença de UP em nove idosos. As UPs foram observadas, a partir da segunda visita, ou seja, em média 14 dias, após a alta hospitalar. O número mais expressivo foi observado na segunda semana: seis indivíduos com UP. Na terceira semana, surgiu mais um caso e, na última semana, mais duas lesões. Os idosos avaliados apresentaram uma incidência de 22,5%. Todas as lesões que surgiram nos idosos foram classificadas como grau 1.

## DISCUSSÃO

A avaliação de risco para UP está ganhando espaço no cotidiano dos profissionais da saúde em decorrência das consequências de uma lesão, tais como aumento do tempo de internação, prejuízo para a mobilidade, aumento do risco de infecção e sepse, além do elevado custo para o tratamento dessas lesões. No idoso, esses fatores podem ser acentuados em razão do quadro clínico nos ambientes hospitalar e domiciliar. Nesses contextos, o idoso apresenta maior chance de desenvolver instabilidade postural, alterações na marcha, menor velocidade de movimentos, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição da velocidade da condução nervosa, menor tempo de reação e diminuição do tamanho e do número de neurônios<sup>(13)</sup>.

A idade avançada favorece a formação de UP em razão da perda de elasticidade da pele, da hidratação cutânea insuficiente e da perda da sensibilidade, dentre outros fatores que ainda podem ser agravados se associados a doenças crônicas, tais como hipertensão arterial sistêmica e Diabetes *mellitus*, bem como uso de drogas vasoativas que dificultam uma boa perfusão tissular. No estudo realizado em um Programa de Saúde da Família com 40 indivíduos idosos, foi investigado o diagnóstico de enfermagem “integridade da pele prejudicada”, em que se pôde observar as seguintes características definidoras: rompimento da pele (epiderme) em 85% dos casos e destruição das camadas da pele em 55% deles. Estas características são similares às de riscos para UP. Os fatores relacionados são comuns aos idosos avaliados em nossa pesquisa como alterações no turgor da pele, *déficit* imunológico e fatores mecânicos<sup>(18)</sup>.

A maioria dos idosos estudados era do gênero feminino, o fato pode ser justificado pela maior sobrevivência da mulher e estudos apontam que o indivíduo do gênero feminino é o que mais procura os serviços de saúde, colaborando para a detecção e tratamento de doenças. Todavia, deve-se levar em consideração um estudo realizado avalian-

do o risco para UP, no qual foi observada uma incidência maior de homens (56,6%) em uma população de pacientes internados em um hospital universitário, com uma taxa de 78,6% dos indivíduos avaliados com mais de 60 anos<sup>(19)</sup>.

A prevalência de casos de AVE em idosos também é relatada em outros estudos na Gerontologia. O AVE traz sequelas à vida diária, que são geradas pela doença e provocam dependência desses pacientes, sobretudo, a seus familiares. Observando-se os dados encontrados, os filhos constituíram a maioria dos cuidadores que auxiliava esses idosos na realização de suas atividades da vida diária. No estudo realizado com cuidadores de idosos com AVE, foi identificada a presença da família, como principal agente de cuidado. Entre os 34 cuidadores avaliados no estudo supracitado, foi observada uma relação de cuidados desenvolvidos por eles, com destaque para a higiene no chuveiro (61,3%), a troca de roupa (97,1%) e a estimulação para atividades físicas (58,8%). Contudo, um fato preocupante foi que poucos realizavam a prevenção da úlcera de decúbito (41,9%) e a mudança de decúbito (26,5%)<sup>(20)</sup>.

O segundo diagnóstico mais frequente foi a fratura, a de quadril tem frequência maior em indivíduos idosos, com incidência de 33% de morte no primeiro ano após sua ocorrência. Analisando a avaliação antropométrica com medidas diretas e indiretas, os autores puderam observar uma relação entre as medidas estimadas e o estado nutricional, que interfere diretamente nas atividades dos pacientes. O ato de caminhar entre os pacientes acometidos por fraturas torna-se mais difícil, necessitando de acompanhamento fisioterápico para a reabilitação das articulações e dos movimentos<sup>(21)</sup>.

A VD realizada por profissionais da Estratégia Saúde da Família proporciona aos cuidadores desses idosos um momento de reflexão sobre os cuidados prestados e a realização de novas ações que podem ser implementadas para promoção da saúde desses indivíduos. Muitas vezes, a sobrecarga da equipe de saúde, é descarregada sobre o cuidador, em razão de sua aproximação diária com o idoso, da formação de laços afetivos e ausência de uma rede social de apoio. O surgimento da UP nem sempre é enfatizado nas orientações deixadas pela equipe de enfermagem no momento da alta hospitalar. Observando o público avaliado, o risco para UP na alta hospitalar e a mobilidade prejudicada são fatores que devem ser analisados pela equipe e pelo cuidador.

Identificaram-se estudos em que se relata a investigação de UP em idosos com foco no ambiente hospitalar e em instituições de longa permanência. Do mesmo modo, estudos sobre a prevalência e a incidência de UP no ambiente domiciliar no Brasil são escassos em comparação com dados de pacientes em outros cenários de cuidado, como as unidades de cuidados intensivos e a clínica médica. Estudos recentes demonstram uma prevalência global de 6% na assistência geral aos quadros agudos e de 42% entre os pacientes em unidades de terapia intensiva. Um estudo

realizado avaliando o risco de UP no domicílio identificou uma prevalência de 19,1% de UP e risco de desenvolver uma lesão em 70,2% dos avaliados. Embora esses dados reflitam apenas a gravidade do evento em pacientes hospitalizados, essa informação fornece uma compreensão da prevalência de UP no ambiente domiciliar<sup>(2, 21-23)</sup>.

O idoso apresenta fatores de risco para desenvolver UP que podem ser agravados durante e após a internação hospitalar, como a presença de comorbidades, alterações nutricionais e déficit cognitivo. As orientações realizadas na alta hospitalar são necessárias para diminuir o risco de desenvolver UP no domicílio. Geralmente, os profissionais do ambiente hospitalar limitam suas orientações para o foco do problema atual e esquecem de pontos como a prevenção de UP no domicílio. Além disso, a supervisão realizada por profissionais da Unidade Básica de Saúde, muitas vezes, é concentrada em acompanhar o período de pós-hospitalização e atender às necessidades referentes a esse momento dentro do lar. Assim, a UP só demanda atenção, quando apresenta estágios avançados e requer cuidados mais complexos.

Nos resultados, observou-se a presença de UP em nove idosos (22,5%), sobretudo na segunda semana, após a hospitalização. O surgimento de UP nesses idosos foi qualificado como risco muito elevado, conforme a escala de Braden, nas primeira e na segunda visitas. Os fatores intrínsecos e extrínsecos devem ser avaliados diariamente para prever uma lesão e, assim, realizar ações profiláticas. As ações dos cuidadores podem ter contribuído para uma pequena porcentagem de UP nos sujeitos. A exposição dos idosos a uma internação hospitalar prévia favoreceu a elevação do risco para UP e desenvolvimento de lesões.

O tempo para desenvolver uma UP não é preciso, variando de acordo com o paciente e seu quadro clínico. A literatura aponta o surgimento de UP após 24 horas de internação, bem como depois de um período entre 10 e 15 dias, após a internação<sup>(24)</sup>.

A mobilidade vem sendo também avaliada pelos enfermeiros, mediante protocolos de prevenção de UP e de sistematização da assistência de enfermagem. Estudos apontam altos índices de mobilidade no leito prejudicada. Um estudo realizado com pacientes hospitalizados observou 100% desse diagnóstico em pacientes em terapia intensiva submetidos a transplante. Outro estudo avaliou 94 idosos em instituições de longa permanência e observaram-se escores elevados na mobilidade com Alfa de *a-cronbach* (0,6591 e 0,6631), nas primeira e última avaliações, mostrando relevância para a avaliação de risco. Outros protocolos de avaliação de risco para UP também apresentam a mobilidade como fator de risco<sup>(6, 25-28)</sup>.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos no domicílio, após alta hospitalar,

mostrou-se como mais uma estratégia para promover a saúde desse público. O elevado risco para UP nas primeira e segunda visita enfatizou a necessidade de orientações voltadas para a prevenção de UP no domicílio prestadas no momento da alta hospitalar.

O grau do risco para UP nesse grupo de idosos diminuiu a partir da terceira semana de avaliação. Isso aponta melhora do quadro geral e diminuição de fatores de risco. Além disso, a VD foi considerada um apoio para esses cuidadores, com orientações direcionadas para prevenção das UP, com enfoque na mudança de decúbito, na estimulação da deambulação, na nutrição adequada e no uso de dispositivos de prevenção, como colchões de ar.

## REFERÊNCIAS

1. Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Analysis of prevention and treatment of the pressure ulcers proposed by nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):215-20.
2. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2):182-7.
3. Organização Mundial de Saúde. CID-10. 10a ed rev. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, tradutor. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2007.
4. Veras RP, Caldas CP. [Promoting elderly health and citizenship: the U3A (University of Third Age) movement]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(2):423-32. Portuguese.
5. Stechmiller JK, Cowan L, Whitney JD, Phillips L, Aslam R, Barbul A, et al. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Repair Regen*. 2008; 16(2):151-68.
6. Sousa DM, Santos VL. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(5):958-64.
7. Giaretta VM, Posso MB. Úlceras por pressão: determinação do tempo médio de sinais iniciais em idosos sadios na posição supina em colchão hospitalar com densidade 28. *Arq Méd ABC*. 2005; 30(1): 39-43.
8. Pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. An executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel monograph. *Adv Skin Wound Care*. 2001; 14(4): 208-15.
9. Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40(8):747-58.
10. Freitas MC, Medeiros AB, Guedes MV, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. [Pressure ulcers in the elderly: analysis of prevalence and risk factors]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(1):143-50. Portuguese
11. Figueiredo AM. Ética e cuidado – perspectivas do enfermeiro no tratamento das lesões cutâneas para o próximo milênio. *Nursing*. 2000; 3(22):21-5.
12. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: um projeto de saúde pública. In: 2º Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento; 2001; Madri.. Anais. Madri: OMS; 2002.
13. Nonnemacher M, Stausberg J, Bartoszek G, Lottko B, Neuhaeuser M, Maier I. Predicting pressure ulcer risk: a multifactorial approach to assess risk factors in a large university hospital population. *J Clin Nurs*. 2008; 18(1): 99-107.
14. Gould D, Goldstone L, Kelly D, Gammon J. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a replication study. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(3):331-9.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006. 192p.
16. Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33(No Espec): 191-204.
17. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore Risk. *Nurs Res* 1987; 36(4): 205-10.
18. Resende DM, Bachion MM, Araújo LA. [Impaired skin integrity in the elderly: study of incidence from a community attending a Family Health Program]. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2):169-73. Portuguese.
19. Rogenski NM, Santos VL. [Incidence of pressure ulcers at a university hospital]. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(4): 474-80. Portuguese.
20. Perlini NM, Faro AC. [Taking care of persons handicapped by cerebral vascular accident at home: the familial caregiver]. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(2):154-63. Portuguese.
21. Berral FJ, Moreno M, Berral CJ, Contreras ME, Carpintero P. Body composition in bed-ridden adult patients by hip fracture. *Acta Ortop Bras*. 2008; 16(3):148-51.
22. Moro A, Maurici A, Valle JB, Zacliffe VR, Kleinubing Junior H. [Assessment of patients with pressure sores admitted in a tertiary care center]. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4): 300-4. Portuguese.
23. Chayamiti EM, Caliri MH. [Pressure ulcer in patients under home care]. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):29-34. Portuguese.
24. Reynolds TM. Risk assessment for prevention of morbidity and mortality: lessons for pressure ulcer prevention. *J Tissue Viability*. 2008; 17(4):115-20.
25. Canero TR, Carvalho R, Galdeano LE. Nursing diagnoses for the immediate postoperative period of patients submitted to liver transplantation. *einstein*. 2004; 2(2): 100-4.
26. Barros SK, Anami EH, Moraes MP. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera de pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. *Nursing*. 2003; 6(63):29-32.
27. Barrientos C, Urbina L, Ourcilleón A, Pérez C. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev Chil Med Intensiv*. 2005; 20(1):12-20.
28. Louro M, Ferreira M, Póvoa P. [Evaluation of a prevention protocol of pressure ulcers]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007; 19(3): 337-41. Portuguese.