

Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer

PREVALENCE OF SKIN TEARS AMONG HOSPITALIZED PATIENTS WITH CANCER

PREVALENCIA DE LESIONES POR FRICCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CANCER

Ana Flávia dos Santos Amaral¹, Kelly Cristina Strazzieri Pulido², Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos³

RESUMO

Esse estudo objetivou identificar a prevalência de lesões por fricção (LF) em pacientes hospitalizados com câncer e avaliar os fatores demográficos e clínicos associados ao seu desenvolvimento. Estudo epidemiológico, de corte transversal, realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira. Todos os pacientes adultos, internados entre 10 e 18 de abril de 2010, foram avaliados por meio de entrevista e exame físico. Utilizou-se o teste Qui-Quadrado para comparação das variáveis demográficas e clínicas entre pacientes com e sem LF. Foram avaliados 157 pacientes: cinco apresentaram nove LF, acarretando prevalência de 3,3%. Quanto às variáveis demográficas, houve diferença estatisticamente significativa somente para o número de filhos ($p=0,027$). Clinicamente, pacientes com LF apresentaram menores escores na escala de Karnofsky ($p=0,031$) e na Escala de Braden ($p=0,026$), além de comportamento pouco colaborativo ($p=0,042$). Esse estudo contribui para um melhor conhecimento acerca das LF em pacientes com câncer.

DESCRIPTORIOS

Prevalência
Pacientes internados
Neoplasias
Fricção
Ferimentos e lesões
Enfermagem oncológica

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of skin tears (ST) among hospitalized oncology patients and associated demographic and clinical variables. This is an epidemiological cross-sectional study type, performed at Octavio Frias de Oliveira State of São Paulo Cancer Institute. All adult patients hospitalized from April 10th to 18th 2010 were evaluated by interview and physical examination. Chi-square test was used to compare demographic and clinical variables between patients with and without ST. Five patients among 157 had nine skin tears, resulting in a prevalence of 3.3%. Among demographic variables, only number of children showed statistically significant difference ($p=0.027$) between groups. Clinically, patients with ST had lower Karnofsky scores ($p=0.031$), lower scores at Braden Scale ($p=0.026$) and less collaborative behaviors ($p=0.042$) when compared to patients with no lesions. This study contributes to a better knowledge of ST in oncology patients.

DESCRIPTORS

Prevalence
Inpatients
Neoplasms
Friction
Wounds and injuries
Oncologic nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de lesiones por fricción (LF) en pacientes ingresados con cáncer y variables demográficas y clínicas asociadas. Estudio epidemiológico fue desarrollado en el Instituto de Cáncer del Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira. Los pacientes adultos ingresados del 10 al 18 de abril de 2010 fueron evaluados por medio de entrevista y examen físico. El teste de Qui-cuadrado fue usado para comparar las variables demográficas y clínicas entre los grupos de pacientes con y sin LF. Cinco entre los 157 pacientes evaluados presentaron nueve LF, con prevalencia de 3,3%. Solamente el número de hijos presentó diferencia estadística significativa ($p=0,027$) cuanto a variables demográficas. Clínicamente, pacientes con LF presentaron puntuaciones más bajas en las escalas de Karnofsky ($p=0,031$) y Braden ($p=0,026$) y menos comportamientos colaborativos ($p=0,042$). El estudio contribuye para el mejor conocimiento a cerca de LF en pacientes con cáncer.

DESCRIPTORES

Prevalencia
Pacientes internos
Neoplasias
Fricción
Heridas y traumatismos
Enfermería oncológica

¹ Enfermeira do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ana.fla.enf@gmail.com ² Enfermeira Estomaterapeuta. Mestre. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. kelly.strazzieri@uol.com.br ³ Enfermeira. Estomaterapeuta (TiSOBEST). Livre-Docente. Professora Associada do Departamento Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. veras@usp.br

INTRODUÇÃO

Lesões por fricção (LF) são feridas traumáticas provocadas por fricção isolada ou acompanhada de cisalhamento, que afetam especialmente os idosos. Estão relacionadas à separação entre as camadas epiderme e derme (ferida de espessura parcial) ou à separação de ambas as camadas subjacentes (ferida de espessura total)⁽¹⁻⁵⁾.

Os locais mais comuns para a ocorrência dessas lesões são as extremidades superiores, com frequência de 80%. Outras áreas comuns são as extremidades inferiores, dorso e glúteos⁽⁵⁻⁶⁾.

Alguns pacientes apresentam maior risco à ocorrência de LF, dentre os quais estão as pessoas debilitadas e dependentes, com mobilidade e nutrição comprometidas, com pele frágil, como os idosos e as pessoas em fase terminal de vida. Pacientes dependentes, que necessitam de auxílio para as suas atividades de vida diária, também são vulneráveis, nos quais as lesões podem resultar de atividades rotineiras, tais como banhar-se e vestir-se, e durante o processo de transferência/reposicionamento^(1-3,5-7).

Com o envelhecimento, a derme sofre uma perda de quase 20% de sua espessura⁽⁷⁾, ocorrem, ainda, diminuição da produção de suor pelas glândulas sudoríparas e sebáceas, diminuição tanto da percepção da dor e sensibilidade tátil, quanto da resposta inflamatória e da capacidade de sintetizar colágeno⁽¹⁻⁴⁾. Além disso, muitos idosos possuem comorbidades que acarretam a necessidade de ingestão de medicamentos, os quais podem comprometer a integridade da pele, como os anti-inflamatórios esteroides⁽¹⁻²⁾.

Estima-se que aproximadamente 1,5 milhão de LF, anualmente, acometem idosos institucionalizados nos EUA⁽⁸⁾ e que, até 2030, haverá 8,1 milhões de indivíduos com alto risco para o desenvolvimento dessas lesões naquele país⁽⁸⁾. Em estudos de prevalência de LF, autores^(4-5,9) indicam que elas são mais frequentes do que as úlceras por pressão e as queimaduras.

Na literatura, não foram encontrados trabalhos associando a ocorrência de lesão por fricção em pacientes com câncer. Além dos aspectos descritos anteriormente e que podem estar presentes também nesse tipo de paciente, alguns autores⁽¹⁰⁻¹¹⁾ relatam alterações ocorridas na pele como consequência do tratamento oncológico e da própria progressão da doença, o que acarreta sua maior vulnerabilidade ao trauma e, conseqüentemente, à ocorrência de LF.

Embora se trate de um problema antigo, a elevada morbidade das LF, o aumento da longevidade das popu-

lações e da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer, têm estimulado o desenvolvimento de vários estudos sobre esse tipo de ferida em busca de sistematização desde sua nomenclatura, etiologia e classificação até sua prevenção e tratamento. No Brasil, não foi encontrado qualquer estudo sobre as lesões por fricção, adotando ou não essa terminologia, particularmente entre os pacientes com câncer.

Dessa maneira, esse estudo objetivou identificar a prevalência de LF em pacientes hospitalizados com câncer e avaliar os fatores demográficos e clínicos associados ao seu desenvolvimento nessa clientela.

MÉTODO

O estudo epidemiológico e exploratório, com coleta transversal dos dados, foi realizado nas unidades de internação e de terapia intensiva do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP) que, à época da coleta de dados, contava com 270 leitos ativos (44 de terapia intensiva e 226 de internação).

Inaugurado em maio de 2008, o ICESP é uma Organização Social de Saúde criada pelo governo do Estado de São Paulo em parceria com a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Trata-se de um dos maiores hospitais especializados em tratamento de câncer da América Latina e atende exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), encaminhados por serviços de saúde não especializados em oncologia. Além do atendimento aos pacientes, o ICESP desenvolve atividades de ensino e pesquisa na área do câncer, inclusive estudos de novos fármacos e tratamentos inovadores para a doença.

Inicialmente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº859/2009/CEP-EEUSP), e posteriormente, foi autorizado pelo ICESP. Todos os aspectos éticos necessários à pesquisa com seres humanos foram respeitados.

Amostra

Todos os pacientes internados durante o período da coleta de dados (entre 10 e 18 de abril de 2010) foram incluídos no estudo, desde que atendessem aos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar internado em alguma das unidades especificadas, não apresentar lesões de outra etiologia e aceitar participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que, para a inclusão do paciente na amostra, não se distinguiu o tempo de hospitalização.

Para atender aos objetivos do estudo, diante da impossibilidade de se coletar os dados de todos os pacientes internados nos leitos ativos da instituição em um único dia, e para evitar a repetição dos pacientes a serem avaliados, optou-se pela avaliação de 30 leitos por dia (10 por plantão: manhã, tarde e noite), durante nove dias consecutivos no período mencionado. Dessa forma, foram avaliados 183 pacientes (uma vez que nem todos os 270 leitos estavam ocupados no período da coleta), dos quais 26 foram excluídos por apresentarem feridas de outras etiologias, assim, o número total de pacientes analisados foi de 157.

Coleta dos dados

Obtida a anuência do paciente em participar da pesquisa, procedeu-se à coleta dos dados sociodemográficos e clínicos, mediante consulta ao seu prontuário; entrevista com o próprio paciente e/ou seus familiares; e exame físico.

A entrevista com o familiar foi feita somente quando o paciente não possuía condições físicas e/ou cognitivas para responder, a qual foi realizada por uma das pesquisadoras principais (aquela que atuava na instituição à época da coleta).

O exame físico consistiu na inspeção visual da pele, com a finalidade específica de buscar lesões. Com o intuito de sistematizá-lo e não deixar de avaliar qualquer parte do corpo, primeiramente, o paciente foi posicionado em seu leito em decúbito dorsal, a seguir foi despido e foram inspecionadas as seguintes regiões: cabeça, tórax, abdome, genitais, membros superiores e inferiores; e, em decúbito ventral: cabeça, dorso, glúteos, membros superiores e inferiores.

A coleta foi realizada por duas pesquisadoras: pela estomaterapeuta (uma das autoras) — a única responsável pela avaliação de todas as feridas encontradas e classificação das lesões por fricção; e por uma graduanda, a qual, para homogeneização da coleta de dados, foi capacitada: na teoria, por meio de disciplina optativa de graduação sobre prevenção e tratamento de feridas (participou de um seminário específico sobre LF) e, na prática, pela atuação clínica nas unidades de internação do ICESP, e supervisionada pela estomaterapeuta, durante três dias consecutivos, antes do início da coleta dos dados.

Instrumentos para a coleta dos dados

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário para as informações sociodemográficas e clínicas; a Escala de Karnofsky⁽¹²⁾; a Escala de Braden⁽¹³⁻¹⁴⁾ e o Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção⁽¹⁵⁾.

Questionário

O questionário para caracterização dos pacientes hospitalizados com câncer⁽¹⁶⁾ incluiu as seguintes informações demográficas: idade, sexo, raça/cor, procedência, estado

civil, número de filhos, presença de cuidador, escolaridade, trabalho e renda familiar mensal; e clínicas: diagnóstico oncológico, presença de metástase(s), tratamento oncológico (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia), drogadição, medicamentos, acuidades visual e auditiva, índice de massa corpórea, aceitação alimentar e hídrica (foi indagada ao paciente e subjetivamente classificada como adequada, insuficiente ou exagerada), situação véscicointestinal, dispositivos para incontinência, mobilidade física, marcha, edema, presença de curativos adesivos e tipo de comportamento (foi avaliado segundo os seguintes critérios subjetivos: reação agressiva à execução dos cuidados diários, agitação psicomotora, colaborativo ou arresposivo).

Escala de Karnofsky

Uma vez que as LF afetam principalmente pessoas debilitadas e dependentes, a escala de Karnofsky foi escolhida para avaliar o nível de dependência dos pacientes com relação ao seu desempenho para a realização das atividades de vida diária.

Componente dos aspectos clínicos desse estudo, essa escala foi desenvolvida por Karnofsky et al.⁽¹²⁾ e não há referência sobre sua adaptação e validação formais no Brasil. Sua pontuação varia de 0 a 100 (100 corresponde à ausência de queixas e sintomas e 0 à morte). Segundo os autores originais da escala⁽¹²⁾, os pacientes podem ser classificados da seguinte maneira: indivíduo apto para as atividades normais e o trabalho, sem que seja necessário qualquer cuidado em especial (80 a 100 pontos); indivíduo inapto para o trabalho mas apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades, exigindo assistência e suporte necessários bastante variáveis (50 a 70 pontos); e indivíduo inapto para cuidar de si mesmo, requerendo cuidados hospitalares ou especializados, com a doença progredindo rapidamente (0 a 40 pontos). Para efeito da análise estatística, essa foi a classificação utilizada na presente pesquisa.

Escala de Braden

Desenvolvida por Bergstrom et al.⁽¹³⁾, em 1987, e adaptada para a língua portuguesa por Paranhos e Santos⁽¹⁴⁾, em 1999, foi concebida com o intuito de otimizar estratégias de prevenção para úlcera por pressão.

É constituída de seis subescalas que contemplam fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que, quando presentes, sinalizam risco de desenvolvimento de úlcera por pressão:

- *percepção sensorial* — mede a capacidade do indivíduo para sentir e aliviar o desconforto provocado pela pressão;
- *atividade* — avalia a frequência de movimentação do indivíduo fora do leito;
- *mobilidade* — refere-se aos movimentos no leito, para redistribuição da pressão;

- *umidade* — avalia o grau de exposição do indivíduo a potenciais fontes de umidade;
- *fricção e cisalhamento* — avalia o quanto o indivíduo está exposto a essas forças.

Cada subescala é pontuada conforme o comprometimento apresentado. Com exceção da subescala fricção e cisalhamento, que varia de 1 a 3, as demais variam de 1 a 4, e a soma total dos escores varia de 6 a 23. Valores menores ou iguais a 16 são indicativos de risco para úlcera por pressão. Quanto menor o valor, maior a exposição ao risco⁽¹³⁾.

Sistema de Classificação STAR — Lesão por Fricção

As LF encontradas foram classificadas utilizando-se o Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção. Publicado em 2007⁽⁴⁾ e revisado em 2010, por Carville et al.⁽¹⁷⁾, o instrumento de avaliação de LF STAR - *Skin Tear Classification System* foi elaborado com o objetivo de se obter um sistema de classificação das LF, válido e universalmente aceito. O Sistema de Classificação STAR — Lesão por Fricção foi adaptado e validado para a língua portuguesa no Brasil por Strazzieri-Pulido e Santos⁽¹⁵⁾, em 2010. Tal qual o instrumento original, o Sistema de Classificação STAR — Lesão por Fricção é composto de três partes:

- *Diretrizes do Sistema de Classificação STAR — Lesão por Fricção* - constituídas de seis tópicos relacionados aos cuidados com a ferida e a pele ao redor.
- *Sistema Classificação STAR — Lesão por Fricção* - consta de cinco fotografias relacionadas às cinco categorias de LF, assim descritas: **Categoria 1a** — lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida; **Categoria 1b** — lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida; **Categoria 2a** — lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida; **Categoria 2b** — lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida; **Categoria 3** — lesão por fricção cujo retalho de pele está completamente ausente;
- *Glossário do Sistema de Classificação STAR — Lesão por Fricção* - localizado no verso do instrumento, é composto da definição de LF e dos termos técnicos relacionados ao assunto.

Análise estatística

Para esse estudo, definiu-se prevalência, ou prevalência-ponto, como o número total de indivíduos acometidos

por determinada doença em um único ponto no tempo para cada paciente⁽¹⁸⁾. Vale ressaltar que, nesse tipo de estudo, as medições não precisam ser realizadas no mesmo momento para todos os pacientes⁽¹⁸⁾. Para o seu cálculo, utilizou-se a seguinte fórmula:⁽¹⁸⁾

$$\text{Coeficiente de prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos conhecidos de uma dada doença} \times 100}{\text{População}}$$

Ao tratar-se de estudo exploratório e, apesar de estabelecidas algumas das variáveis de interesse no capítulo introdutório, a escassez de estudos relacionados especificamente às LF em pacientes hospitalizados com câncer, levaram à inclusão de todas as variáveis demográficas e clínicas levantadas, por meio dos instrumentos de coleta de dados, nos testes de comparação entre os grupos com e sem lesão por fricção. Para essas comparações, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, com o nível de significância considerado de 5%. Dada a baixa prevalência encontrada de lesões, não foi possível realizar a análise de regressão logística.

RESULTADOS

Dos 157 pacientes avaliados: cinco apresentaram nove LF (prevalência de 3,3%); dois apresentaram três lesões cada um. Dentre as nove LF encontradas, a categoria 3 estava presente cinco vezes, enquanto as demais 1a, 1b, 2a e 2b apareceram uma única vez cada uma.

Quanto à caracterização dos pacientes com LF, três eram do sexo feminino e três possuíam idade superior a 60 anos (Tabela 1). Os diagnósticos oncológicos, distribuíram-se em câncer de cabeça e pescoço (2), colorretal (2) e de bexiga (1).

Tabela 1 - Comparação entre pacientes com e sem lesões por fricção, segundo as variáveis demográficas - São Paulo, 2010

Variável	Sem LF (%)	Com LF (%)	P-Valor
Sexo			
Masculino	81 (53,3)	2 (40,0)	
Feminino	71 (46,7)	3 (60,0)	0,667
Idade			
≤ 50 anos	41 (27,0)	2 (40,0)	
51 a 60 anos	44 (29,0)	-	0,332
61 a 70 anos	42 (27,6)	1 (20,0)	
> 70 anos	25 (16,4)	2 (40,0)	
Trabalho			
Não trabalha	151 (99,3)	5 (100,0)	> 0,999
Trabalha	1 (0,7)	-	
Número de Filhos			
Nenhum	19 (12,5)	2 (40,0)	
Um	27 (17,8)	3 (60,0)	
Dois	28 (18,4)	-	0,027
Três	30 (19,8)	-	
Quatro	28 (31,5)	-	
Cuidador			
Sem cuidador	64 (42,0)	1 (20,0)	0,649
Com cuidador	88 (58,0)	4 (80,0)	

A Tabela 1 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis demográficas, exceto quanto ao número de filhos ($p=0,027$).

A Tabela 2 mostra que houve diferença estatisticamente significativa apenas para as variáveis clínicas Escala de Braden ($p=0,026$), Índice de Karnofsky ($p=0,031$) e tipo de comportamento ($p=0,042$). Clinicamente, pacientes com LF possuíam menores escores na Escala de Braden comparativamente àqueles sem feridas ($p=0,026$). Houve maior percentual de pacientes com Índice de Karnofsky até 40 (incapacidade de cuidar de si mesmo) e menor percentual de pacientes com comportamento colaborativo no grupo de pacientes com LF, comparativamente àqueles sem LF ($p=0,031$ e $p=0,042$, respectivamente).

Tabela 2 - Comparação entre pacientes com e sem lesões por fricção, segundo as variáveis clínicas - São Paulo, 2010

Variável	Sem LF (%)	Com LF (%)	P-Valor
Metástase			
Não	100 (68,8)	3 (60,0)	> 0,999
Sim	52 (34,2)	2 (40,0)	
Cirurgia			
Não	62 (40,8)	2 (40,0)	> 0,999
Sim	90 (59,2)	3 (60,0)	
Quimioterapia			
Não	62 (40,8)	3 (60,0)	0,65
Sim*	90 (59,2)	2 (40,0)	
Radioterapia			
Não	104 (68,4)	3 (60,0)	0,654
Sim	48 (31,6)	2 (40,0)	
Escala de Braden			
> 18 (Fora de Risco)	79 (52,0)	-	0,026
15 a 18 (Baixo Risco)	24 (15,8)	1 (20,0)	
13 a 14 (Risco Moderado)	19 (12,5)	1 (20,0)	
10 a 12 (Alto Risco)	11 (7,2)	-	
≤ 9 (Risco Muito Alto)	19 (12,5)	3 (60,0)	
Edema			
Não	96 (63,2)	2 (40,0)	0,365
Sim	56 (36,8)	3 (60,0)	
Aceitação Alimentar/Hídrica			
Adequada	51 (33,6)	1 (20,0)	> 0,999
Insuficiente	101 (66,4)	4 (80,0)	
Situação Vesico Intestinal			
Contínente	81 (53,3)	1 (20,0)	0,157
Incontinência intestinal	6 (3,9)	-	
Incontinência urinária	17 (11,2)	-	
Incontinência intestinal e urinária	48 (31,6)	4 (80,0)	
Mobilidade Física			
Normal	90 (59,2)	1 (20,0)	0,065
Diminuída	57 (37,5)	3 (60,0)	
Ausente	5 (3,3)	1 (20,0)	
Marcha			
Normal	51 (33,6)	-	0,188
Vacilante	58 (38,2)	2 (40,0)	
Não deambula	43 (28,3)	3 (60,0)	

Continua...

...Continuação

Variável	Sem LF (%)	Com LF (%)	P-Valor
Índice de Karnofsky			
0 a 40 (Incapacidade de Cuidar de si Mesmo)	75 (49,9)	5 (100,0)	0,031
50 a 70 (Incapacidade de Trabalhar)	61 (40,1)	-	
80 a 100 (Capaz de Exercer uma Atividade Normal e Trabalhar)	16 (10,5)	-	
Comportamento			
Agitação Psicomotora	7 (4,6)	1 (20,0)	0,042
Colaborativo	140 (92,1)	3 (60,0)	
Arresposivo	5 (3,3)	1 (20,0)	
Curativo Adesivo			
Não	10 (6,6)	-	> 0,999
Sim	142 (93,4)	5 (100,0)	
Índice de Massa Corporal			
Adultos (menos de 60 anos)			
≤ 18,49 (Magreza)	14 (8,0)	1 (20,0)	0,549
18,50 a 24,99 (Peso Normal)	37 (21,0)	-	
25,00 a 29,99 (Pré-Obeso)	29 (16,0)	1 (20,0)	
≥ 30,00 (Obesidade)	10 (6,0)	-	
Idosos (mais de 60 anos)			
< 23,00 (Baixo Peso)	37 (21,0)	1 (20,0)	0,549
23,00 a 27,99 (Peso Normal)	37 (21,0)	1 (20,0)	
28,00 - 29,99 (Sobrepeso)	6 (3,0)	1 (20,0)	
≥ 30,00 (Obesidade)	7 (4,0)	-	

*Apenas quatro pacientes estavam recebendo quimioterápicos durante o período da coleta de dados. Destes, nenhum foi identificado com LF.

DISCUSSÃO

O estudo que analisou a prevalência de LF em pacientes hospitalizados com câncer é inédito em nosso meio, não só por utilizar uma nomenclatura recentemente estabelecida^(4,15), como também pela clientela analisada, uma vez que grande parte da literatura, principalmente internacional, retrata esse tipo de lesão em idosos institucionalizados.

Condições clínicas tais como anorexia/caquexia, desnutrição, anemia, alterações metabólicas, mobilidade física reduzida, idade avançada, distúrbios circulatórios e doenças neurológicas podem comprometer a saúde da pele⁽¹⁹⁾. Especificamente em pacientes com câncer, alterações epidérmicas, dérmicas e de colágeno podem estar associadas ao uso de agentes antineoplásicos⁽¹⁰⁾ e reações de pele são frequentes em pacientes com câncer de mama submetidas à radioterapia⁽¹¹⁾. Além disso, fatores como idade, tabagismo, doenças crônicas e tratamento antineoplásico concomitante podem acarretar alterações no processo de cicatrização nesse tipo de paciente⁽¹¹⁾. Ao compararem o tempo de cicatrização de feridas de pacientes com câncer e sem câncer, um estudo⁽²⁰⁾ verificou que, ao final de um período de 24 semanas de tratamento, 44% dos pacientes com câncer e 78% daqueles sem câncer obtiveram cicatrização de suas feridas, respectivamente, corroborando a maior fragilidade e vulnerabilidade dos pacientes oncológicos e, conseqüentemente, de sua pele.

Ao realizarem um estudo descritivo em 10 instituições de pacientes crônicos, com o objetivo de descrever as LF, identificar os fatores de risco para sua ocorrência e determinar sua taxa de cicatrização, autores⁽³⁾ constataram que 10 pacientes possuíam 31 LF. Tratava-se de idosos (média de 85 anos), predominantemente brancos, do sexo feminino, com prejuízo cognitivo e mobilidade limitada, necessitando de ajuda para se alimentar. Todos esses pacientes tinham história pregressa dessas lesões. Embora desenvolvido com outro tipo de clientela, esse estudo também mostra características semelhantes aos pacientes hospitalizados com câncer, com destaque a algumas condições precárias de saúde global, especialmente quanto à atividade e à mobilidade e, portanto, com maior risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Similarmente ao presente estudo, verificou-se também que a maioria dos idosos com LF (60%) apresentaram os menores escores de Braden e, como consequência, maior risco para desenvolvimento de úlceras por pressão⁽³⁾. A incapacidade para cuidar de si mesmo e a presença de comportamento pouco colaborativo, presentes entre os pacientes oncológicos com LF, corroboram a maior precariedade de sua saúde global.

Portanto, além do impacto direto dos fatores mencionados sobre a pele e a cicatrização de pessoas com câncer, há que se considerar ainda a maior limitação para realizarem as atividades da vida diária (31,9% versus 26,9%) e para as atividades instrumentais (49,5% versus 42,3%),⁽⁷⁾ entre essas pessoas, constituindo fatores adicionais de risco para o desenvolvimento de lesões por fricção, que podem resultar de atividades rotineiras, onde quer que eles estejam, no domicílio, em instituição asilar ou no hospital.

Por outro lado, a hospitalização também representa um importante agravante para a deterioração de vários aspectos, dentre os quais, além da mobilidade, estão também o estado nutricional, destacado por alguns autores⁽²¹⁾ e que, no presente estudo, não se mostrou diferente entre os pacientes com e sem LF.

O princípio básico para se evitar a ocorrência de LF é proteger a pele de riscos adicionais e de possível infecção⁽²²⁻²³⁾. Ademais, a higiene da pele e o cuidado específico com as lesões cutâneas podem reduzir o custo do tratamento de pacientes com câncer avançado, além de evitar tratamentos mais complexos⁽¹⁹⁾. Para tanto, o uso de um protocolo comum por parte das instituições de saúde constituiria a melhor forma de se prevenir essas lesões⁽⁵⁻⁶⁾. Ressalta-se que, assim como as úlceras por pressão, as LF também refletem a qualidade de assistência prestada em uma instituição⁽²²⁾. Protocolos de prevenção efetiva reduzem o tempo gasto por enfermeiros no cuidado dos pacientes, no preenchimento de seus relatórios, outros incidentes e na notificação de médicos e familiares sobre as ocorrências desse tipo de ferida⁽²²⁾. Estudo desenvolvido há mais de cinco anos nos Estados Unidos demonstrou que a implementação de um protocolo de cuidados com a pele, usando produtos suaves de limpeza e hidratantes, associada à educação da equipe e ao uso de sistema pro-

tetor para os pacientes de alto risco, levou à diminuição de LF em um centro de reabilitação de enfermagem⁽²²⁾.

Até 2030, as pessoas com 65 anos ou mais representam 70% do total de indivíduos diagnosticados com câncer e 65% das mortes pela doença, o que caracteriza um universo populacional importante onde medidas preventivas são fundamentais para evitar maior sofrimento e piora da qualidade de vida⁽⁷⁾. Como já descrito anteriormente, alguns fatores (anorexia/caquexia, desnutrição, anemia, alterações metabólicas, mobilidade física reduzida, distúrbios circulatórios e doenças neurológicas), que acarretam a falência da pele e demais órgãos⁽¹⁹⁾ estão presentes em pacientes com câncer avançado. O comprometimento da resposta imunológica também tem papel fundamental nesse estágio, especialmente naqueles em tratamento com corticoides e imunossuppressores, também presentes entre os pacientes hospitalizados com câncer da amostra aqui estudada. Como resultado do processo de morrer, as mudanças fisiopatológicas afetam a pele e as partes moles, manifestando-se nas mudanças da cor, do turgor, da integridade ou como uma dor localizada. Os profissionais de saúde devem reconhecer que essas mudanças podem ser inevitáveis e ocorrem mesmo tomando-se medidas preventivas⁽²⁴⁾. Certamente, medidas de prevenção e proteção e, principalmente, de conforto devem ser priorizadas nessa etapa.

Apesar das limitações do presente estudo, relacionadas principalmente à sua casuística – ao ser realizado em apenas uma instituição hospitalar especializada, o que dificultou também a realização de estatística mais robusta – mas também à coleta de dados em prontuários, nem sempre completos, este contribui para o melhor e maior conhecimento do comportamento das LF em pacientes com câncer. Além da replicação dessa pesquisa em outras instituições especializadas em oncologia, são necessários estudos de incidência que permitirão avaliar os fatores preditores específicos para sua ocorrência nessa clientela. Considera-se ainda fundamental que a equipe de enfermagem esteja preparada para reconhecer os fatores de risco associados a essas lesões, também nesse tipo de clientela, elaborando medidas preventivas mais adequadas, que também precisam ser melhor estabelecidas a partir de investigações cientificamente bem delineadas.

CONCLUSÃO

Ainda que tenha apresentado uma baixa prevalência (3,3%), esse estudo permitiu concluir que as lesões por fricção (LF) também constituem um problema para pacientes oncológicos hospitalizados, estando associadas a menor independência e autonomia para o autocuidado ($p=0,031$), à presença de comportamento agitado ou irresponsividade ($p=0,042$) bem como ao maior risco para o desenvolvimento concomitante de úlceras por pressão ($p=0,026$), sendo a fricção um fator comum na gênese de ambas as lesões.

REFERÊNCIAS

1. Ratliff CR, Fletcher KR. Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. *Ostomy Wound Manage.* 2007;53(3):32-4, 36, 38-40.
2. Solway DR, Consalter M, Levinson DJ. Microbial cellulose wound dressing en the treatment of skin tears in the frail elderly. *Wounds.* 2010;22(1):17-9.
3. Payne RL, Martin ML. Defining and classifying skin tears: need for a common language. *Ostomy Wound Manage.* 1993;39(5):16-20, 22-4, 26.
4. Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N, et al. STAR: a consensus for skin tear classification. *Prim Intention.* 2007;15(1):8-25.
5. Baranoski S. How to prevent and manage skin tears. *Adv Skin Wound Care.* 2003;16(5):268-70.
6. Xu X, Lau K, Taira BR, Singer AJ. The current management of skin tears. *Am J Emerg Med.* 2009;27(6):729-33.
7. Mohile SG, Xian Y, Dale W, Fisher SG, Rodin M, Morrow GR, et al. Association of a cancer diagnosis with vulnerability and frailty in older medicare beneficiaries. *J Nat Cancer Inst.* 2009;101(17):1206-15.
8. Malone ML, Rozario N, Gavinski M. The epidemiology of skin tears in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(6):591-5.
9. LeBlanc KD, Orsted HL, Keast DH. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada.* 2008;6(1):14-32.
10. Criado PR, Moure ERD, Sanches Junior JA, Brandt HRC, Pereira GLS. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos: parte II. *An Bras Dermatol.* 2010;85(5):591-608.
11. Pires AMT, Segreto RA, Segreto HRC. RTOG criteria to evaluate acute skin reaction and its risk factors in patients with breast cancer submitted to radiotherapy. *Rev Latino Am Enferm.* 2008;16(5):844-9.
12. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer.* 1948;1(4):634-56.
13. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987;36(4):205-10.
14. Paranhos WY, Santos VLGC. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(n.esp):191-206.
15. Strazzeri-Pulido KC, Santos VLGC. Cultural adaptation and validation of STAR Skin Tear Classification System for Brazilians [abstract]. *Wound Ostomy Continence Nurs J.* 2011;38(3S):S92.
16. Strazzeri-Pulido KC. Adaptação cultural e validação do instrumento "Star Skin Tear Classification System", para a língua portuguesa no Brasil [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
17. Curtin University of Technology; Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery. STAR Skin Tear Classification System Guidelines [Internet]. Curtin, Australia; 2010 [cited 2012 Jan 16]. Available from: http://www.awma.com.au/publications/2010_wa_star-skin-tear-tool-g-04022010.pdf
18. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
19. De Conno F, Ventafrida V, Saita L. Skin problems in advanced and terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 1991;6(4):247-56.
20. McNess P, Meneses KD. Pressure ulcers and other chronic wounds in patients with and patients without cancer: a retrospective, comparative analysis of healing patterns. *Ostomy Wound Manage.* 2007;53(2):70-8
21. Trabal J, Leyes P, Forga MT, Hervás S. Quality of life, dietary intake and nutritional status assessment in hospital admitted cancer patients. *Nutr Hosp.* 2006;21(4):505-10.
22. Bank D, Nix D. Preventing skin tears in a nursing and rehabilitation center: an interdisciplinary effort. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52(9):38-40,44,46.
23. Le Blanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. *Adv Skin Wound Care.* 2011;24(9):2-15.
24. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin Changes at Life's End. Final Consensus Statement, October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care.* 2010;23(5):225-36; quiz 237-8.