



ORIGINAL ARTICLE

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH PRESSURE ULCER

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM ÚLCERAS POR PRESSÃO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Ana Patrícia Costa Paes Barreto¹, Bruna Cavalcanti Araújo², José Cristovam Martins Vieira³

ABSTRACT

Objective: to identify the sociodemographic and clinical patients inherent to patients with pressure ulcers (UPs) hospitalized in a home care hospital. **Method:** this is an exploratory-descriptive study, with a quantitative approach. It was carried out at the home care hospital on March 2009, through a structured interview and observation of the ulcers, whose data were organized in the software Excel 2007. The population consisted of 77 patients, being included all patients who had a PU in any stage and site. Study approved by the Ethics Committee of Hospital Agamêmnon Magalhães under the Record 11/2009, in accordance with the Resolution 196/96. **Results:** the sample consisted of 23 patients with pressure ulcers, with prevalence of the age group over 80 years (34.78%); males (56.57%); white-skinned (39.13%); married or widowed individuals (39.13% each); complete high school (34.78%); income from 3 to 5 minimum wages (43.47%). Regarding comorbidities, cardiovascular diseases were the most frequent, with 73.91%, there were 34.8% individuals using mechanical ventilation, and 70% of them were confined to bed. Forty-eight PUs were identified, being the sacral region the prevailing site. **Conclusion:** the profile was consistent with the literature, being most of them bedridden elderly patients, with chronic-degenerative diseases, and pressure ulcers. One should emphasize prevention and observation of skin. **Descriptors:** pressure ulcer; nursing assistance; home assistance.

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e clínico inerente aos pacientes portadores de úlceras por pressão (UPs) internados em um hospital de assistência domiciliar. **Método:** trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Realizado no hospital de assistência domiciliar em março de 2009, por intermédio de entrevista estruturada e observação das úlceras, cujos dados foram organizados no programa Excel 2007. A população constou de 77 pacientes, sendo incluídos todos os pacientes que possuíam UP em qualquer estágio e localização. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Agamêmnon Magalhães sob o Registro n.11/2009, em conformidade com a Resolução 196/96. Resultados: a amostra encontrada foi de 23 pacientes, sendo prevalente a faixa etária superior a 80 anos (34,78%); sexo masculino (56,57%); raça branca (39,13%); casados e viúvos (39,13% cada); ensino médio completo (34,78 %); renda de 3 a 5 salários-mínimos (43,47%). Quanto às comorbidades, as doenças cardiovasculares se sobressaíram com 73,91%, havia 34,8% em ventilação mecânica e 70% estavam acamados. Foram identificadas 48 UPs, sendo a região sacra o local predominante. **Conclusão:** o perfil foi condizente com a literatura, sendo em sua maioria idosos acamados, portadores de doenças crônico-degenerativas e de úlceras por pressão. Deve-se enfatizar a prevenção e observação da pele. **Descritores:** úlcera por pressão; assistência de enfermagem; assistência domiciliar.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y clínico inherente a los pacientes con úlceras por presión (UPs), internados en un hospital de asistencia domiciliar. **Método:** esto es un estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cuantitativo. Realizado en el hospital de asistencia domiciliar en marzo de 2009, a través de entrevista estructurada y observación de las úlceras, cuyos datos fueron organizados en el programa Excel 2007. La población incluyó 77 pacientes y incluyó todos los pacientes que tenían UP en cualquier estadio y localización. Estudio aprobado por el Comité de Ética del Hospital Agamêmnon Magalhães bajo el Registro 11/2009, en conformidad con la Resolución 196/96. **Resultados:** la muestra fue de 23 pacientes, siendo prevalente la franja etaria mayor de 80 años (34,78%), hombres (56,57%); blancos (39,13%); casados y viudos (39,13% cada); educación media completa (34,78%); renta de 3 a 5 salarios mínimos (43,47%). En cuanto a las comorbilidades, las enfermedades cardiovasculares se destacaron, con 73,91%, hubo 34,8% en ventilación mecánica y 70% estaban enfermos en cama. Fueron identificadas 48 UPs, siendo la región sacra el sitio predominante. **Conclusión:** el perfil fue compatible con la literatura, siendo en su mayoría ancianos pacientes postrados en cama, con enfermedades crónico-degenerativas y úlceras por presión. Se debe enfatizar la prevención y la observación de la piel. **Descriptor:** úlcera por presión; asistencia de enfermería; asistencia domiciliar.

¹Enfermeira especialista em Estomatoterapia FENSG/UPE e Residente em Enfermagem Cirúrgica Hospital das Clínicas/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: enfa.patriciapaes@yahoo.com.br; ²Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho UFPE em Auditoria de Contas Médicas. Auditora do Hospital Santa Joana. Recife (PE), Brasil. E-mail: kimmera@hotmail.com; ³Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: gvieira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Úlceras por Pressão (UPs) constituem uma problemática social e de saúde. Representam um dos maiores desafios para a Enfermagem, requerendo destes profissionais, além de conhecimentos científicos específicos, muita sensibilidade e sentido de observação com relação à manutenção da integridade da pele dos doentes sob seus cuidados.¹ Essa lesão é definida como uma área localizada de dano da pele e tecido subjacente, causado por pressão, cisalhamento, fricção ou a combinação destes fatores.² Um fator muito importante no desenvolvimento das UPs é a idade avançada - são muitas as mudanças que ocorrem com o envelhecimento, incluindo o achatamento da junção entre a derme e epiderme- menor resistência à força de cisalhamento, e diminuição da capacidade de redistribuir a carga mecânica da pressão.³ O tempo de permanência do cliente na mesma posição desconforto no leito, condições de higiene, nutricionais e imunológicas apresentadas.¹

As úlceras profundas começam a se desenvolver na interconexão entre as proeminências ósseas e os tecidos moles e não na pele. Sendo a maior parte do agravo localizada nos tecidos profundos. Superficialmente este processo pode ser percebido pelo aparecimento de edema, endurecimento, aumento da temperatura local e aparecimento de eritema.⁴

A respeito das etiologias das UPs, a interação entre a intensidade e a duração da pressão à qual o tecido é submetido passa a ser um fator crucial à sua formação. Contudo, outros fatores intrínsecos e extrínsecos ao organismo humano, considerados secundários contribuem ao seu desenvolvimento.¹¹ Os fatores extrínsecos ou externos são aqueles que estão relacionados ao mecanismo da lesão. Dentre estes fatores podemos citar a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade antes já citadas por outros autores.⁵⁻
⁶ Pressão: o tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura, aumentando a pressão capilar e causando a isquemia tecidual.⁵ Cisalhamento: ocorre quando o indivíduo escorrega na cama, a pele e as camadas subcutâneas aderem à superfície, e as camadas de músculos e ossos escorregam na direção do movimento do corpo. Como resultado, ocorre necrose nas camadas profundas do tecido subjacente.⁷ Fricção: acontece quando duas superfícies entram em atrito uma contra a outra, isto ocorre quando a pessoa não consegue se movimentar de forma eficaz, fazendo com

que seja arrastada na cama por movimentos voluntários ou por profissionais. Dessa forma há remoção das camadas epiteliais superficiais da pele.⁸

Além da pressão, forças de cisalhamento e fricção podem agir sinergicamente no desenvolvimento de uma ferida em pacientes desnutridos, incontinentes, acamados ou com distúrbios mentais.⁹⁻¹⁰

Dentre os fatores intrínsecos destacam-se a idade, estado nutricional, perfusão dos tecidos, medicação, doenças crônicas, imobilidade, infecção, anemia, sensibilidade cutânea, redução ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos e incontinência, muito comuns em pacientes internados em serviços de assistência domiciliar (*Home care*).¹¹

O *Home care* (do inglês, cuidado do lar) pode ser definido como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente com ações desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com o intuito de promover, manter ou reabilitar a saúde do paciente. Somando-se a isso, prover a diminuição de internações em ambientes hospitalares e melhorar a qualidade de vida dos pacientes por estarem próximos aos seus familiares.¹² A assistência domiciliar tem por objetivo substituir a hospitalização repentina por necessidade aguda de cuidados, diminuir uma longa internação e manter o indivíduo em seu lar, reduzindo o índice de infecção hospitalar.¹³ Em pesquisas observam-se que nos doentes de *Home Care*, há predomínio de patologias como neoplasias, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Pode ser verificado também que, há predominância de pessoas com idade superior a 60 anos.¹⁴

O estudo justifica-se por saber que o profissional de Enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, realiza um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa os curativos. Realiza este procedimento em todas as clínicas no âmbito hospitalar bem como na assistência domiciliar.¹⁵ Nos hospitais de assistência domiciliar, os pacientes em sua maioria são idosos com mais de 65 anos, acamados e que necessitam de cuidados intensivos e assistência de Enfermagem.¹⁶ Embora as UPS, sejam estudadas e discutidas por profissionais de saúde, por grupos de estudos formados em vários países, possuindo vasta publicação de

artigos, não se conseguiu até o momento vencer esta problemática na prática.¹⁷

OBJETIVO

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínicos inerentes aos pacientes portadores de Úlceras por Pressão (UPs) internados em um hospital de assistência domiciliar PE.

MÉTODO

O presente estudo é do tipo exploratório-descriptivo, transversal com abordagem quantitativa.¹⁸ O presente estudo foi realizado nos domicílios dos pacientes internados no Hospital de Assistência Domiciliar LTDA localizado na cidade do Recife - PE. A referida instituição foi fundada em 2000, está voltada para o regime de internamento em *Home Care*, *PPSD* (Programa de prevenção em saúde domiciliar - atendem pacientes internados exclusivamente para realização de curativos) e *Unidade de crônicos*. É um hospital de médio porte (51-150 leitos), possuindo cerca de 80 leitos. Foi escolhido este hospital por oferecer assistência domiciliar a pessoas idosas e acamadas em sua maioria e ter um relativo alto índice de risco para desenvolvimento de úlceras por pressão.

No período da coleta de dados, a população atendida pelo Hospital consistiu em 77 pacientes internados nas modalidades oferecidas. Sendo 67 internados em sistema de *Home Care*, 07 em *PPSD* (Programa de prevenção em saúde domiciliar), e 03 em Unidade de crônicos. A amostra constou de 23

pacientes acometidos de úlceras por pressão em qualquer estágio de desenvolvimento, observando a idade e o tempo que está acamado. Os pacientes foram escolhidos pelo critério de inclusão: Possuir úlceras por pressão (UPs) em qualquer estágio ou localização.

A permissão foi concedida pelo próprio paciente e pela família, quando por motivos clínicos os voluntários eram impossibilitados de conceder. Para a busca de tal aprovação, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para os pacientes e seus familiares/cuidadores o assinarem. Foi obtida autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob registro 11/2009 do Hospital Agamêmnon Magalhães em conformidade com a resolução 196/96.

A coleta de dados foi realizada durante as visitas domiciliares, e na base administrativa do hospital no período de 11 a 30 de março de 2009. O levantamento de dados foi realizado nos prontuários e nas entrevistas com os pacientes, familiares e auxiliares de enfermagem presentes na residência, e as informações relativas foram registradas no formulário. Os dados coletados foram armazenados no programa *Windows Excel* 2007 e os resultados foram tabulados e apresentados em forma de tabelas e figuras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 77 pacientes internados, 23 eram portadores de Úlcera por Pressão no momento da pesquisa e compuseram a amostra (Figura 01).



Figura 01. Distribuição dos pacientes quanto à presença de UPs. Recife/PE, mar, 2009

A idade dos pacientes participantes do estudo variou de 25 a 94 anos (média de 66 anos). Observou-se que os maiores

percentuais (%) estão na faixa que englobam > 80 anos (Tabela 01).

Tabela 01. Distribuição dos índices de faixa etária dos pacientes. Recife/PE, mar, 2009.

Faixa etária	N	%
21 a 30	02	8,69
31 a 40	—	—
41 a 50	01	4,34
51 a 60	02	8,69
61 a 70	05	21,73
71 a 80	05	21,73
> de 80	08	34,78
TOTAL	23	100

Os dados encontrados coincidem com os achados na literatura, que indicam maior incidência de UPs em pacientes idosos com idade superior a 60 anos^{4,19-20}. São idosos pessoas com idade igual ou maior que 60 anos de acordo com a lei 10741/03 que dispõe sobre o estatuto do idoso no Brasil.² As úlceras vasculares, outro tipo de ferida crônica, também são prevalentes nos idosos.²¹

Com o avanço da idade, mudanças complexas e de extrema importância ocorre no nosso corpo, principalmente na pele, onde se torna mais visível o processo do envelhecimento. Dentre as mudanças, podem ser citados: a diminuição da camada dérmica, da vascularização, da proliferação epidérmica

e também da percepção sensorial, com isso a pele torna-se susceptível a qualquer injúria.⁴ As fibras elásticas sofrem uma redução em seu número e o colágeno torna-se mais rígido. Este mecanismo leva a hipóxia celular, iniciando então a patogênese das UPs, bem como prejudica a chegada das células e aporte nutricional no local da lesão dificultando o processo de cicatrização.²³

Quanto ao sexo, destaca-se a predominância do sexo masculino, com 13 (56,52%) e 10 (43,47%) do sexo feminino. Em estudo realizado em São Paulo observou-se 60% dos pacientes com UP eram do sexo masculino contra 40% do sexo feminino.²⁴ (Tabela 02).

Tabela 02. Distribuição dos pacientes quanto ao sexo, à cor da pele e estado civil. Recife/PE, mar, 2009.

Sexo	N	%
Feminino	10	43,47
Masculino	13	56,62
Cor da pele	N	%
Branca	09	39,13
Parda	08	34,78
Negra	06	26,08
Estado Civil	N	%
Casado	09	39,13
Solteiro	03	13,04
Viúvo	09	39,13
Divorciado	02	8,69
Total	23	100%

Acredita-se que os dados referentes a este trabalho ocorreram devido às condições clínicas e ao tempo de hospitalização destes pacientes. Afinal, eles se encontram em assistência domiciliar por se tratar de doenças crônicas em sua maioria, e que não é mais viável permanecerem por longos períodos em ambiente hospitalar tradicional, no entanto ficam internados em sua residência para tratamento contínuo. Contudo não há relação do sexo com as UPs, pois antes do fator sexo encontra-se a clínica do paciente.⁶

Em relação à cor da pele (tabela 02), encontramos uma predominância da cor branca com 39,13%, seguido da cor parda 34,78%. Coincidindo com a nossa pesquisa literária, onde no Hospital de São Paulo 78% dos indivíduos com UPs eram da cor branca⁴, e com outra pesquisa realizada em pacientes com UPs secundário a TRM.²⁵

Nos negros a estrutura do estrato córneo é mais compacta, conferindo maior resistência as irritações químicas e caracterizados como barreira efetiva, resistindo também a agressão causada pela umidade e fricção.⁶ Porém, na pele escura é mais difícil a avaliação em busca de sinais precoces de lesão tissular, como o Estágio I das UPs (eritema não reativo). Nestes pacientes deve-se avaliar o ressecamento, a rachadura ou endurecimento, assim como a coloração arroxeada, ou azulada, edema local, calor localizado que é substituído por esfriamento quando no tecido se torna localizado.¹¹ No entanto o sexo e a cor da pele não é questão de variável que influencie na gênese das UPs apresentando- as como uma característica demográfica.²⁵

Quanto ao estado civil observa-se que há maior frequência entre os casados e viúvos, ambos com 39,13%. Esses dados são confirmados pela pesquisas onde a maioria

constitui de casados ou que vivem em união estável seguidos dos viúvos, pois se verifica o fato da idade apresentada, e muitos conjugues já faleceram.^{21, 25,2} Em contrapartida é sabido a importância do conjugue bem como de toda família na assistência ao paciente portador de feridas crônicas como as UPs. O enfermeiro tem um papel fundamental na realização dos curativos no domicílio, podendo orientar os familiares, pacientes e oferecer apoio emocional aos portadores de lesões.²²

Em outra pesquisa foram encontrados pacientes portadores de feridas tinham o ensino superior completo em sua maioria (36,9%). Na pesquisa realizada verificou-se que o ensino médio completo se sobrepôs com 08 pacientes (34,78%), seguido de ensino superior completo com 05 (21,73%).² (Tabela 03).

Por ser uma instituição privada a maioria dos pacientes possuía um nível

socioeconômico mais aprimorado, com renda familiar mensal em sua maioria de 3 a 5 salários com 43,47%, explicando a relação da renda familiar com o nível de escolaridade. A maioria dos pacientes possuía seguradora de saúde privada, representando um percentual de 83%. O mesmo não ocorre com portadores de feridas assistidos pelo sistema único de saúde nos domicílios, onde a renda é em torno de 01 a 02 salários mínimos.²¹

Quanto aos aspectos clínicos dos pacientes, observamos que no momento da pesquisa apenas 01 (4,34%) era tabagista e nenhum etilista. Do total, 14 (60,86%) se caracterizavam como ex-tabagistas e 07 (30,43%) como ex-etilistas. Sabe-se que esses fatores associados a diversos problemas de saúde têm elevada prevalência no país sendo alvo de campanhas para a promoção de saúde visando a sua redução.¹⁹ (Tabela 04).

Tabela 04. Distribuição dos pacientes quanto ao etilismo e tabagismo. Recife/PE, mar, 2009.

Tabagista	N	%
Sim	01	4,34
Não	08	34,78
Ex-tabagista	14	60,86
Etilista	N	%
Sim	—	—
Não	16	69,56
Ex-etilista	07	30,43

O ato de fumar causa vasoconstrição devido à nicotina, levando a hipóxia tecidual, que perdura por alguns meses mesmo após a interrupção do fumo. Este reduz apetite, predispondo a deficiência de vitaminas do complexo B e C, reduz a tensão de O₂ subcutâneo.²⁶ A síntese de colágeno I e a atividade dos macrófagos é deficiente nos fumantes, com isso a epitelização e a contração da ferida são prejudicadas.¹¹ O fumo causa alterações dentre outras, cardiovasculares, predispondo a hipertensão arterial, e obstrução de artérias podendo ocorrer o acidente vascular cerebral (AVC) levando o paciente a permanecer por longo período restrito ao leito.¹¹ O álcool danifica o sistema hepático destruindo enzimas essenciais para o organismo humano, com isso a produção de vitaminas principalmente do

complexo B são prejudicadas. O álcool eleva os radicais livres, e com isso o processo da neoglicogênese é prejudicado induzindo o paciente a hipoglicemia, além de, com seu uso por longos anos, eleva a pressão arterial podendo o paciente a adquirir uma doença crônica como a hipertensão.²⁷

Em relação ao quadro patológico, sabendo-se que um paciente pode apresentar uma ou mais patologias, dentre as que sobressaíram encontramos as alterações do sistema cardiovascular presente em 17 (73,91%) pacientes, seguidos das doenças neurológicas com 13 (56,52%), em terceiro lugar as doenças endócrinas representadas pela diabetes mellitus com 09 (39,13%). Sendo válido relatar as traumáticas com 03 (13,07%) pacientes da amostra e as doenças músculos-esqueléticas com 02 (8,69%) (Tabela 05).

Tabela 05. Distribuição das co-morbidades da amostra. Recife/PE, mar, 2009.

Ordem	CO-MORBIDADES	N	%
Neurológicas	Mal de Parkinson	05	21,73
	Mal de Alzheimer	06	26,08
	Esclerose lateral Miotrófica (ELA)	02	8,69
Endócrina	Diabetes Mellitus (DM)	09	39,13
	Hipertensão	10	43,47
Cardiovasculares	Sequelado de AVC	06	26,08
	Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	01	4,34
Músculo-Esquelético	Artrite-artrose	01	4,34
	Lúpus	01	4,34
Traumática	Raqui-Medular (TRM)	03	13,07

Nesta pesquisa, observa-se que as doenças de ordem cardiovascular são citadas como as mais freqüentes, coincidindo com a literatura onde são responsáveis por 70% das comorbidades presentes nestes pacientes com UP.^{4,20} A Hipertensão Arterial é fator de risco para aterosclerose que pode culminar com a doença vascular periférica causando dentre outras, as úlceras arteriais. Essa patologia (HAS) causa obstrução das artérias diminuindo a perfusão periférica (menos nutrientes e oxigênio nos tecidos), levando a hipóxia celular favorecendo a formação das úlceras.²⁸ O AVC foi observado em 26,08 % dos pacientes, esta doença se trata de um “derrame cerebral”, ou seja, uma ruptura do fluxo sanguíneo do cérebro, iniciando uma complexa série de eventos metabólicos podendo deixar o paciente restrito ao leito. Necessitando de cuidados especiais como troca de decúbito a cada 2h, Assistência Ventilatória Mecânica (AVM) e sondas (SNG, SNE, e/ou SVD).²⁷

Das doenças de ordem neurológicas o Mal de Alzheimer, ocupa o primeiro lugar com 26,08%, seguido do Mal de Parkinson com 05 (21,73%) e da Esclerose Lateral Miotrófica (ELA) com 02 (8,69%). O Mal de Alzheimer é um distúrbio cerebral crônico, progressivo e Com o passar dos anos o paciente fica imóvel, necessitando de cuidados familiares e cuidadores domiciliares.²⁷ A doença de Parkinson esteve presente em segundo lugar com 21,73% sendo esta uma patologia neurológica de movimento lento e progressivo que futuramente leva a incapacidade e está associada a níveis reduzidos de dopamina deixando o paciente inicialmente com tremores, rigidez e bradicinesia. Afeta predominantemente os homens e numa

população acima de 60 anos de idade. A Esclerose Lateral Miotrófica (ELA), de etiologia desconhecida na qual existe uma perda dos neurônios motores, esta doença é progressiva, iniciando com uma fraqueza muscular e podendo se agravar até a parada dos músculos respiratórios, necessitando então de uma assistência ventilatória mecânica contínua e restrição ao leito.²⁷

As doenças endócrinas representadas pela Diabete ocupam um percentil elevado com 39,13% dos pacientes observados, semelhante a outra literatura.¹⁹ Nos diabéticos existe uma grande possibilidade de ocorrência na diminuição do colágeno e da angiogênese, além da presença de arteriosclerose, contribuindo então para um baixo fornecimento de oxigênio tecidual, favorecendo a formação das UPs e retardando o processo de cicatrização.^{21,26} É conhecido que a resposta inflamatória do diabetes ocorre de forma lenta, permitindo que um processo infeccioso no leito da ferida se propague facilmente.²⁷

Por fim foram encontradas outras co-morbidades associadas as UPs como o Trauma Raqui-Medular (TRM) em 13,00% dos pacientes, sabendo que este tipo de ocorrência leva a restrição do paciente ao leito ou a cadeiras. Sendo os mais atingidos por este tipo de acidentes os homens com idade inferior a 38 anos, tendo como causa em sua maioria os acidentes automobilísticos.²⁵ Essas co-morbidades levam os pacientes a apresentar características comuns como, fadiga, fraqueza muscular, perda motora, sensitiva, restrição ao leito, ocorrendo incapacidades e complicações secundárias como o desenvolvimento das UPs.¹⁹ (Tabela 06).

Tabela 06. Distribuição dos fatores clínicos agravantes para a formação das UPs dos pacientes. Recife/PE, mar, 2009.

Fatores clínicos agravantes para a formação das UPs	N	%
Ventilação Mecânica	08	34,78
Traqueostomia	10	43,47
SNG	06	26,08
SNE	04	17,99
Gastrostomia (GTM)	03	13,04
Dieta industrializada	10	43,47
Colostomia	02	8,69
SVD	11	47,82
Preservativo urinário	05	21,73
Fraldão	23	100,00
Edema de MMSS	09	39,13
Edema de MMII	06	26,08
Edema generalizado	04	17,39
Restrito ao leito	16	69,56
Colchão de espuma piramidal	13	56,52
Colchão de ar	01	4,34
Colchão normal	09	39,13

Somando-se as características clínicas encontradas, foram observados alguns fatores agravantes para o aparecimento das úlceras por pressão, como demonstrados na tabela 06. A alimentação destes pacientes em sua maioria era realizada com dieta artesanal, tendo a dieta industrializada um percentil de 43,47%. A dieta industrializada neste hospital é acrescentada quando o paciente encontra-se debilitado nutricionalmente, quando há úlceras por pressão, ou dietas especiais para diabéticos e hipertensos. Essas sondas são introduzidas para que se possa atingir o objetivo dietoterápico, utilizando-se de dietas nutricionalmente completas com maior quantidade protéica e suplementação de arginina, fibras, antioxidantes e valor calórico adequado.²⁹

Já o uso de ventilação mecânica foi verificado num percentil de 34,78% da amostra. Sabe-se que a ventilação mecânica contínua restringe o paciente ao leito, aumenta a gravidade e causa instabilidade hemodinâmica. Além disso, ainda requer sedação e, dessa forma, eleva os riscos de distúrbios de perfusão periférica e de edema generalizado.²⁴ Quanto ao edema generalizado, observamos que ocorreu em 04 dos pacientes representando um percentil de 17,39% e a ocorrência de edema em membros foi de 26,08% nos MMII e de 39,13% nos MMSS.

O uso do fraldão ocorreu na totalidade dos casos (100%). A necessidade do uso de fraldas contribui para o desenvolvimento de UPs já que aumenta a umidade local servindo como mais um fator de risco. Em contra partida os fraldões por serem absorventes, reduz a umidade presente nos pacientes portadores de incontinências, porém é de extrema necessidade que se faça troca sempre que possível.⁷ Verificou-se que mesmo sendo pacientes acamados, ainda se faz uso de

colchão normal em 39,13% dos casos mesmo com toda literatura indicando uso de materiais apropriados para o alívio da pressão, como o colchão de ar ou o de espuma piramidal.⁶ O colchão de espuma piramidal, conhecido popularmente como “caixa de ovo” deve ser sobreposto ao colchão normal para reduzir a pressão de forma eficiente e necessita de trocas constantes devido a sua baixa durabilidade. O colchão de ar é conectado a uma bomba que insufla os bulbos do colchão a níveis de pressão adequados, induzindo a distribuição do peso e o alívio da pressão.¹¹

Dos pacientes observados, um total de 48 úlceras por pressão foi encontrado nos 23 pacientes, e a média do número de úlceras encontradas por paciente foi de 2,13. Sendo a região sacra a mais predominante com 40%. De acordo com a literatura a localização anatômica predominante das UPs é a proeminência sacral o que é explicado por este ser o segmento da pele submetida à maior pressão na posição dorsal, sendo esta a mais encontrada nos pacientes avaliados durante a pesquisa.²⁶

Os pacientes do *Home Care* avaliados são portadores de doenças crônicas já supracitadas e associado a este quadro ainda necessitam de suporte de oxigênio por ventilação mecânica e do uso de sondas, restringindo-os ainda mais ao leito. Por essa razão, normalmente são mantidos em posição prona ou dorsal, por longos períodos de tempo. Além disso, a situação pode ser agravada se a cabeceira do leito for elevada em ângulo maior que 30°, como na posição de *Fowler*, favorecendo o cisalhamento e a fricção.²⁵

CONCLUSÃO

A assistência domiciliar encaixa-se exatamente nesse perfil, levando a hospitalização para dentro dos lares. Cabe aos profissionais se adequarem a esse modelo a fim de que haja uma maior promoção de saúde e diminuição dos agravos decorrentes da internação.

A amostra foi composta por 23 pacientes hospitalizados portadores de úlceras por pressão, com idade variando de 27 a 94 anos e distribuição predominante do sexo masculino (56,62%). Sendo a maioria casada ou viúva ambos com 39,13%, de ensino médio completo (34,78%) e renda familiar de 03 a 05 salários (26,08%).

Sabendo-se da característica predominante dos pacientes de *Home Care* e levando em conta que os pacientes possuem doenças comprometedoras e mobilidade prejudica, é imprescindível o acompanhamento da integridade da pele com minúcias atentando para a patogênese das UPs. É nesse aspecto que se torna necessária uma integração da equipe, visando o perfil vulnerável desses pacientes, para que se possa investir em prevenção das úlceras por pressão. Diminuindo o tempo de internação e evitando que ocorram maiores complicações a estes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Geovanini T, Oliveira Junior AG, Palermo TCS. Manual de curativos. São Paulo: Corpos; 2007.
2. Maciel EAF. Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de belo horizonte [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Centro de ciências da saúde. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008 [acesso em 2009 maio 17]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes>.
3. Carvalho MP, Lüdtke EB, Oliveira V, et al. Perfil dos Pacientes com Úlceras de Pressão Internados no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP). Rev da Saúde da UCPEL Pelotas. 2007; jan/jun [acesso em 2009 fev 6];1(1):32-8. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2007-1/05-UlcerasdePressao.pdf>.
4. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras [periódico na internet]. 2004[acesso em 2009 maio 17];50(2):182-7. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>.

5. Maia LCM, Monteiro M LG. Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. In. Silva RCL, et al. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: Yendis Editora; 2007. Cap. 14. p. 315-28.
6. Blanes L. Perfil do portador de úlcera por pressão internado no Hospital São Paulo. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
7. Perry AG, Potter PA. Fundamentos de Enfermagem. 6(2). São Paulo: Santos; 2005.
8. Gomes FSL, Magalhães MBB. Úlceras por pressão. In. Borges EL, et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Copimed; 2008. Cap. 9. p. 189-219.
9. Lima GC, Callegarin VRK, Silva LJSS. O enfermeiro doutor em úlceras de pressão [texto na internet; acesso em 2009 fev 22]. Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3>
10. 10 Faro ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. Rev Esc Enferm USP. 1999[acesso em 2008 dez 10];33(3):279-83. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/693.pdf>.
11. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 2008.
12. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem [periódico na internet]. 2004[acesso em 2010 abr 24];12(5):721-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf>.
13. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. Rev esc Enferm USP [periódico na internet]. 2007[acesso em 2010 abr 24];41(1):97-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a12.pdf>
14. Albuquerque SMRL. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo; 2001.
15. Moraes GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto & contexto Enferm [periódico na internet]. 2008[acesso em 2009 dez 15]; 17(1):98-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>

16. Falcão H. Home Care - uma alternativa ao atendimento da saúde. Medicina On line - Revista Virtual de Medicina. 1999[acesso em 2008 set 12];2(7). Disponível em: http://br.geocities.com/mcdobies/enf_domiliaci/home_care.doc
17. Rocha KSG, Coelho MJ, Perissé V, Braga ES, Carvalho AF. Criação de um protocolo de avaliação e acompanhamento de úlcera por pressão em clientes hospitalizados: uma estratégia e os cuidados de Enfermagem. 2007 [acesso em 2009 abr 18]. Disponível em: <http://www.cbccenf.com.br/anaiscofen>
18. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2002.
19. Chayamiti EMPC. Prevalência de úlceras por pressão em pacientes em assistência domiciliária em um distrito de saúde de Ribeirão Preto [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2008[acesso em 2009 abr 18]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22132>
20. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem[periódico na internet]. 2005 [acesso em 2009 abr 18];13(4):474-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>
21. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Farias TYA, Nunes JP, Deodato OON, Balduino LSC, Melo GSM. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. Rev Enferm UFPE on line[periódico da internet]. 2009[acesso em 2011 abr 2];3(4):222-30. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/112/112>
22. Bandeira AG, Bielemann VLM, Gallo CMC, Casarin ST. Nursing care or wounded people's relatives: boundaries and possibilities. Rev Enferm UFPE on line [periódico da internet]. 2010[acesso em 2011 abr 02];04(04):1643-51. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/105>
23. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. An Bras Dermatologia [periódico na internet]. 2003[acesso em 2009 abr 18];78(4):393-410. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n4/16896.pdf>
24. Póvoa V CO, Dantas SRPE. Incidência de Úlceras por pressão em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário. Revista Estima. 2008; 06(2) 2008:23-7.
25. Nogueira CP; Carili MHL, Haas VJ. Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlceras de pressão em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na internet]. 200[acesso em 2009 mar 23];14(3):33-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a10.pdf
26. 26 Borges EL, Saar SRC, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VLAN. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Copimed; 2008.
27. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica- Brunner & Suddarth, 10(4). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
28. Brandão ES, Santos JÁ, Santos I. Úlceras por Pressão: Importância da Avaliação do Cliente. In. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: Yendis Editora; 2007, Cap. 15. p. 321-336.
29. Brandão A. Suporte Nutricional. In. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: Yendis Editora; 2007, Cap. 07. p. 159-178.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/04/24
Last received: 2011/10/04
Accepted: 2011/10/04
Publishing: 2011/11/01

Corresponding Address

Ana Patrícia Costa Paes Barreto. E
Rua D. 04, 15, Ouro Preto COHAB, 7º RO
CEP: 53330-280 – Olinda (PE), Brazil