

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

BRUNA MACIEL DE ARAÚJO SANTOS

**RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM IDOSOS E A
SEGURANÇA DO PACIENTE**

PICOS - PIAUÍ

2015

BRUNA MACIEL DE ARAÚJO SANTOS

**RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM IDOSOS E A SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros – UFPI/CSHNB, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Francisca Tereza de Galiza.

PICOS - PIAUÍ

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S237r Santos, Bruna Maciel de Araújo
Risco de integridade da pele prejudicada em idosos e a
segurança do paciente / Bruna Maciel de Araújo Santos. – 2014.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (52 f.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2014.

Orientador(A): Profa.Ms. Francisca Tereza de Galiza

1. Integridade da Pele. 2. Idoso. 3. Úlcera por Pressão. 4.
Hospitalização. I. Título

CDD 610.736 5

BRUNA MACIEL DE ARAÚJO SANTOS

**RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM IDOSOS E A SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros – UFPI/CSHNB, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 15/05/15

BANCA EXAMINADORA

Francisca Tereza de Galiza

Profª. Ms. Francisca Tereza de Galiza (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí

Fernando José Guedes da Silva Jr.

Prof. Ms. Fernando José Guedes da Silva Junior (1º Membro Efetivo)

Universidade Federal do Piauí

Rhaylla Maria Pio Leal Jaques

Profª. Esp. Rhaylla Maria Pio Leal Jaques (2º Membro Efetivo)

Universidade Federal do Piauí

Dedico este trabalho a Deus que me permitiu chegar até aqui, aos meus pais Balduino e Marlene por todo amor, paciência e apoio. Ao meu filho Alan Victor, razão do meu viver. As minhas avós Maria e Tonica (*in memória*).

AGRADECIMENTOS

Ao longo de toda a caminhada que duraram quatro anos e meio, foram muitos obstáculos enfrentados mais com força de vontade, perseverança e comprometimento com a minha formação consegui alcançar. Ao concluir essa etapa ressalto meu reconhecimento àqueles que contribuíram para a minha conquista.

Primeiramente a Deus o principal responsável por esse momento, pela minha existência, força e coragem.

Aos meus pais Balduino e Marlene e meu filho Alan Victor, razões do meu viver pelo apoio, por sempre me estimularem ao estudo, e por estarem sempre ao meu lado. A toda minha família pelo incentivo.

A minha orientadora Tereza Galiza, pela sua paciência, apoio e ensinamentos, sanando minhas dúvidas e dificuldades contribuindo grandemente para a realização deste trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - Saúde do Adulto e do Idoso, pelas múltiplas discussões, que foram muito importantes nessa caminhada.

Aos companheiros de jornada, principalmente companheiras de coleta Edyane e minha querida Bárbara, pela ajuda, por sempre escutar diante as dificuldades e pelos infinitos conselhos.

A todos os mestres que compõe o corpo docente desta universidade pelos ensinamentos ao longo do curso colaborando com a minha formação.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte desse momento e contribuíram para esse trabalho, Obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”

(Carl G. Jung)

RESUMO

Com o crescimento da população idosa, tem-se modificado o perfil de saúde do indivíduo com maior predisposição dessa classe as doenças crônicas não transmissíveis e a processos frequentes de hospitalização. É necessário maior atenção aos idosos pelas fragilidades da idade, principalmente nas alterações teciduais, sendo responsabilidade do profissional enfermeiro garantir a segurança do paciente a partir da identificação dos pacientes em risco de integridade da pele prejudicada. Objetivou-se com esse estudo analisar a relação do diagnóstico de enfermagem risco de integridade da pele prejudicada com a segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa de corte transversal, realizada com 105 idosos hospitalizados no hospital de referência de Picos-PI. A análise dos dados foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0. A coleta de dados ocorreu de outubro a novembro de 2014, a partir de um questionário social e clínico para identificação dos fatores de risco para integridade da pele prejudicada e da escala de Braden que avalia o risco para úlcera por pressão. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº 27561314.7.0000.5534. Os resultados apontaram que entre os idosos pesquisados predominaram o sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos com ensino fundamental incompleto. A maioria dos pacientes estava hospitalizado por doenças do sistema circulatório (21,9%). A partir da avaliação da pele 100 idosos (95%) apresentavam percepção sensoriais presente. 60 tinham a pele hidratada (57,1%), 76 encontrava-se com o turgor da pele diminuído (72,4%). A aplicação da escala de Braden demonstrou que mais da metade dos idosos (54,3%) foram classificados em risco médio para o desenvolvimento de úlcera por pressão. A partir da associação entre os escores da escala de Braden e as variáveis clínicas, o grau de mobilização, o uso de fraldas, o estado da pele, o turgor e a idade são as variáveis que estão associadas ao diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada. Conclui-se que diante das fragilidades do processo de envelhecimento, e da maioria dos pacientes estarem em risco médio para uma lesão cutânea o enfermeiro deve ser atuante na avaliação precoce dos fatores de risco a fim de promover a segurança do paciente idoso hospitalizado.

DESCRITORES: Integridade da pele. Idoso. Úlcera por pressão. Hospitalização. Enfermagem.

ABSTRACT

With the growth of the elderly population, has modified the individual health profile with greater predisposition this class non-communicable chronic diseases and frequent hospitalization processes. You need more attention to the elderly for the frailties of age, especially in the tissue changes, and responsibility of the professional nurse to ensure patient safety by identifying patients at risk for impaired skin integrity. The objective of this study is to analyze the relationship of the nursing diagnosis risk of skin integrity impaired with patient safety. This is a descriptive research with quantitative approach, cross-sectional, conducted with 105 elderly hospitalized in the hospital of reference Picos-PI. Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0. Data collection took place from October to November 2014, from a social and clinical questionnaire to identify risk factors for impaired skin integrity and Braden scale that assesses the risk for pressure ulcers. The study was approved by the Ethics Committee of the State University of Ceará, with opinion No. 27561314.7.0000.5534. The results showed that among the surveyed elderly predominated males, aged 60 to 69 years with incomplete primary education. Most patients were hospitalized for diseases of the circulatory system (21.9%). From the evaluation of skin 100 elderly (95%) had this sensory perception. 60 had skin hydrated (57.1%), 76 was with the decreased skin turgor (72.4%). The application of the Braden scale showed that more than half of the elderly (54.3%) were classified as medium risk for developing pressure ulcers. From the association between the scores of the Braden scale and the clinical variables, the degree of mobilization, the use of diapers, skin condition, turgor and age are the variables that are associated with the diagnosis risk of impaired skin integrity . It was concluded that given the weakness of the aging process, and most of the patients were in average risk for a skin lesion nurses should be active in the early assessment of risk factors in order to promote the safety of hospitalized elderly patients.

KEYWORDS: Skin Integrity. Elderly. Pressure ulcer. Hospitalization. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual dos dados sócio demográficos dos idosos hospitalizados. Picos, 2014. (n=105).....	26
Tabela 2	Associação do escore da escala de Braden com as variáveis clínicas dos idosos hospitalizados. Picos, 2014. (n=105).....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição percentual de idosos hospitalizados segundo os diagnósticos médicos. Picos-PI, 2014. (n=105).....	27
Gráfico 2	Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto às sensações da pele. Picos-PI, 2014. (n=105).....	27
Gráfico 3	Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto ao estado da pele. Picos-PI, 2014. (n=105).....	28
Gráfico 4	Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto ao turgor da pele. Picos-PI, 2014. (n=105).....	28
Gráfico 5	Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto à pigmentação da pele. Picos-PI, 2014. (n=105).....	29
Gráfico 6	Distribuição numérica de idosos hospitalizados quanto ao risco de úlcera por pressão segundo Escala de Braden. Picos-PI, 2014. (n=105).....	29
Gráfico 7	Correlação de Sperman entre idade e score da escala de Braden. Picos, 2014. (n=105).....	31

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência nacional de vigilância sanitária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEC	Universidade Estadual do Ceará
UP	Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4	METODOLOGIA.....	23
4.1	Tipo e natureza da pesquisa	23
4.2	Período e local da pesquisa	23
4.3	População e amostra da pesquisa.....	24
4.4	Coleta de dados	25
4.5	Análise dos dados.....	25
4.6	Aspectos éticos e legais	26
5	RESULTADOS	27
6	DISCUSSÃO	33
7	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICES	43
	APÊNDICE A – Formulário de identificação.....	44
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	45
	ANEXOS	47
	ANEXO A – Escala de Braden	48
	ANEXO B – Parecer do comitê de ética e pesquisa.....	50
	ANEXO C – Autorização institucional.....	52

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica indica a inversão da pirâmide etária com diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade e aumentado na expectativa de vida, caracterizando uma população predominantemente envelhecida e/ou idosa, considerado pelo estatuto do idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

O processo fisiológico de envelhecimento traz principalmente alterações teciduais, esses tecidos apresentam alterações relacionadas com idade, genética, exposição solar, agentes químicos e tabagismo. A pele do idoso se torna seca, enrugada, flácida, com algumas neoplasias benignas e com maior predisposição à formação de bolhas traumáticas (CREUTZBERG *et al.*, 2011). Com as mudanças na organização populacional, modifica-se o perfil de saúde do indivíduo, com maior predisposição do idoso as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Devido a essas transformações é necessária maior atenção e cuidados com a pele, sendo extremamente importante manter a integridade da pele do paciente idoso.

O rápido crescimento da população idosa vem produzindo impacto no sistema de saúde, com elevação da utilização dos serviços e dos custos, devido a altas taxas de hospitalização, readmissão e prolongada permanência hospitalar. Esse fenômeno é decorrente da presença de múltiplas doenças crônicas que perduram por vários anos exigindo assistência das equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas de saúde (GUEDES *et al.*, 2009).

A necessidade de uma assistência mais complexa em muitos casos leva o idoso a uma condição de internação em atenção secundária, é nessa fase que se deve uma maior atenção a segurança do paciente, por parte do enfermeiro, devido às fragilidades da idade, este quando em ambiente hospitalar está mais vulnerável ao risco de integridade da pele prejudicada. Essa alteração no estado de saúde pode ser identificada por meio do diagnóstico de enfermagem, que como uma tecnologia do cuidado própria da profissão e integrar o processo de enfermagem têm um papel crucial na manutenção da saúde do cliente.

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association - Internacional (2013) o diagnóstico de enfermagem risco de integridade da pele prejudicada é caracterizado por risco de epiderme e/ou derme alteradas e evidenciada por fatores externo tais como excreções, extremos de idade e fatores mecânicos e fatores internos circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado e fatores de desenvolvimento.

Muitos desses fatores como umidade, pressão, fricção, cisalhamento e extremos de idade estão presentes no processo de hospitalização em pacientes com imobilização física, nesses casos o enfermeiro tem papel fundamental no cuidado visando à identificação precoce dos pacientes com diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada, como principal evento adverso desse diagnóstico incluíse-se as úlceras por pressão (UP), que afeta aproximadamente 9% de todos os pacientes hospitalizados, sobretudo os idosos, e 23% dos pacientes acamados com cuidados domiciliares (FREITAS *et al.*, 2011).

As úlceras por pressão são lesões decorrentes da isquemia gerada pela compressão extrínseca e prolongada da pele, tecidos adjacentes e ossos, constituindo um problema relevante no cenário de atenção à saúde. As proeminências ósseas são os locais mais acometidos, e pacientes idosos e criticamente enfermos são os mais afetados (LUZ *et al.*, 2010). Esse estado patológico leva a grandes problemas tanto para o paciente e família como para a instituição hospitalar devido aos altos custos para o tratamento dessas lesões. A identificação dos pacientes expostos dar-se por meio de vários dispositivos de avaliação disponíveis, dentre eles a escala de Braden.

O programa nacional de segurança do paciente abrange alguns itens dentre eles está à prevenção de úlceras por pressão. Quando não identificada precocemente às úlceras podem trazer danos irreversíveis e o acometimento do cliente reflete uma fragilidade no cuidado prestado, onde a segurança do paciente não está sendo adequadamente garantida.

As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos ao cliente decorrente da assistência à saúde (FASSINI; HAHN, 2012).

É importante a promoção da segurança do paciente, principalmente quando se encontram hospitalizados, e assim mais susceptíveis a eventos adversos decorrentes dessa hospitalização. Um cuidado seguro visa garantir a integridade da pele do paciente idoso como indicador de qualidade do serviço prestado no ambiente hospitalar pelo enfermeiro, principal responsável pela avaliação e identificação dos clientes em risco.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a relação do diagnóstico de enfermagem risco de integridade de pele prejudicada com a segurança do idoso hospitalizado.

2.2 Específicos

- Caracterizar os idosos hospitalizados quanto ao risco de integridade da pele prejudicada.
- Aplicar a escala de Braden em idosos hospitalizados.
- Identificar os fatores de risco para o diagnóstico risco de integridade de pele prejudicada em idosos hospitalizados.
- Investigar a associação entre as variáveis sócio demográficas dos idosos hospitalizados com a segurança do paciente.
- Investigar a correlação entre idade e o escore final da escala de Braden.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento populacional é um importante fenômeno observado na dinâmica demográfica mundial atual (ALVAREZ *et al.*, 2013). O aumento na longevidade da população tem legitimado número crescente de idosos em todo mundo, levando à necessidade de maior atenção e cuidados especializados para esta faixa etária, devido as constantes alterações que tendem a ocorrer nessa idade.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006).

O envelhecimento é compreendido como um fenômeno natural e irreversível faz parte do relógio biológico de todos os seres vivos, seja ele humano ou não, e provoca diversas mudanças no organismo (FONTENELE *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2014). Não é conceituado como doença, mas pode determinar grande número de transtornos, sendo as mudanças produzidas no aspecto da pele um dos sinais mais evidentes, caracterizadas por alterações na sua estrutura e funções (LIRA, 2012).

O organismo humano passa por diversas modificações em decorrência do processo de envelhecer. Entre todos os sistemas a pele é o mais relevante nesse processo e se destaca por esta relacionada à autoimagem do idoso e funcionar como uma barreira de proteção para o corpo, Pinto (2012) traz:

“A pele como a roupa biológica que cobre o que não pode ser exposto. Aparece também como a roupa flexível, sensível, rica de memória e de terminações nervosas. É essa indumentária que leva estímulos e comunicações a outros órgãos, informando, o tempo todo, o que lhe acontece quando é tocada, estimulada ou agredida. A pele sente tudo e empiricamente sabemos disso quando cuidamos dos clientes” (p.26, 2012).

A pele, maior e mais visível órgão do corpo é formado por duas camadas principais a derme e a epiderme, e reflete uma diversidade de características do ser humano tais como raça, idade e possuem inúmeras funções indispensáveis à vida dentre elas proteção, excreção, sustentação, homeostasia e percepção sensorial. Contudo, o processo de envelhecimento, principalmente, a partir dos 60 anos, favorece a fragilidade frente ao fisiológico da pele no idoso, necessitando, portanto, maior demanda de cuidados e estratégias preventivas de agravos a esse órgão.

A pele é a principal afetada pelo processo de envelhecimento perdendo cerca de 20% da espessura da derme, além da diminuição na produção de suor pelas glândulas sudoríparas e sebáceas e a diminuição da sensibilidade tátil, da percepção de dor e da resposta inflamatória (AMARAL; PULIDO; SANTOS, 2012) todos esses fatores associados mais a presença de co-morbidades, a ingestão de alguns tipos de medicamentos e a diminuição da função de barreira podem ocasionar uma lesão de pele.

As alterações no papel dos tecidos dão a estes aspectos diferenciados e típicos da idade apresentando-se geralmente ressecada, flácida, com diminuição da elasticidade em decorrência da redução na produção de colágeno, comumente se tornam mais finas e frágeis, apesar da espessura da pele variar conforme as regiões corporais, havendo maior exposição das proeminências ósseas (RESENDE; BACHION; ARAÚJO, 2006; CREUTZBERG *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2012).

Com todas essas modificações teciduais que ocorrem no indivíduo ao longo do tempo, é objetivo primordial do enfermeiro, manter a integridade da pele nos pacientes idosos em situação de vulnerabilidade pela hospitalização, visto que para (ARAÚJO *et al.*, 2011) a manutenção da integridade da pele em pacientes é um importante aspecto do cuidado de enfermagem que reflete a qualidade da assistência prestada. A manutenção da integridade cutânea é um cuidado a ser prestado individualmente a cada paciente de forma integralizada com outros cuidados aplicando o conhecimento técnico e científico (CARNEIRO; LEITE, 2011), para tal há vários métodos a serem utilizados, que irão promover uma assistência de qualidade e a manutenção da saúde do cliente, como é o caso do Processo de Enfermagem (PE).

O PE é uma prática de grande importância. De acordo com (FRANÇA *et al.*, 2013) reflete uma abordagem que permite o conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve a pessoa, suas reais necessidades e condições de enfrentamento dos problemas. Consiste em um método para sistematizar o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como auxiliar a tomada de decisões e a comunicação dos enfermeiros, sendo constituído pelas etapas de investigação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados apresentados pelo paciente, família ou comunidade diante das condutas adotadas (COFEN, 2009; LUCENA *et al.*, 2011; BAVARESCO; LUCENA, 2012).

O enfermeiro como ator principal na conservação da saúde do cliente hospitalizado e sendo o PE uma técnica própria da profissão, é indispensável à sua realização,

sendo o diagnóstico de enfermagem (DE) a etapa mais relevante para a prevenção de eventos adversos. A NANDA – Internacional (2013) define diagnóstico de enfermagem como:

“Julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (p.588, 2013).

Diante da relevância do DE para a saúde e levando em conta a vulnerabilidade do idoso hospitalizado no que diz respeito ao sistema pele, é de fundamental importância à prevenção de agravos mantendo a integridade da pele. Para tal função há disponíveis os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional.

A taxonomia da NANDA-Internacional é atualmente, um dos sistemas de classificação de linguagem mais conhecido e utilizado, na realidade brasileira (BAVARESCO; LUCENA, 2012) que traz no domínio 11 segurança/proteção e na classe 2 de lesão física o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada (00047). O diagnóstico de enfermagem de risco é conceituado como um julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que têm elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável (NANDA-I, 2013). Dentro do contexto em estudo é o principal diagnóstico para identificar os pacientes idosos vulneráveis a integridade da pele prejudicada.

Silva (2011) traz que o risco de integridade da pele prejudicada é definido como “risco de a pele ser alterada de forma adversa”. Neste caso, considera-se que o paciente apresente a pele íntegra, porém existe a possibilidade de lesões acontecerem. Alguns fatores de risco estão ligados a esse diagnóstico e a partir deles será possível identificar os pacientes em risco.

Os fatores de risco podem ser classificados como externos/extrínsecos e internos/intrínsecos. Os extrínsecos são aqueles que atuam diretamente nos tecidos e que independem do paciente, esse grupo inclui os fatores mecânicos como forças abrasivas e pressão, a umidade, a imobilização física e os extremos de idade. Os intrínsecos são inerentes ao indivíduo, ou seja, relacionam-se ao estado físico do paciente, como por exemplo, alterações na perfusão sanguínea, estado nutricional desequilibrado, algumas classes de medicamentos, mudanças no turgor da pele e nas sensações principalmente decorrente do processo de envelhecimento (LUZ *et al.*, 2010; NANDA-I, 2013).

Silva *et al.* (2010) traz a falta de mobilidade como um dos fatores de risco mais considerado e preocupante, pois o paciente acamado está mais vulnerável a pressões,

principalmente nos locais de proeminências ósseas, fazendo com que haja destruição tecidual. A equipe de enfermagem é imprescindível no cuidado ao paciente com grau de atividade física diminuída, através de medidas simples como a mudança de decúbito.

A umidade é outro fator importante, pois a exposição prolongada da pele à umidade pode desencadear maceração e ruptura da mesma. Dentre as complicações que levam a umidade estão às incontinências urinária e fecal e a transpiração excessiva, sendo importante manter o leito do paciente se encontre limpo e seco (SILVA *et al.*, 2010). Diante da incontinência seja urinária ou fecal é indicado o uso de fraldas descartáveis, porém a sua troca deve acontecer logo após cada eliminação, realizando higiene adequada evitando assim a irritação da pele e uma possível lesão (ASCARI *et al.*, 2014).

Outro ponto bastante relevante principalmente quando associado à imobilização é o estado nutricional desequilibrado, sobretudo para menos que as necessidades corporais. O indivíduo que tem uma má nutrição está susceptível a uma diminuição na tolerância tissular à pressão diz Creutzberg *et al.* (2011). Devido à subnutrição a uma redução no transporte de oxigênio aos tecidos e alterações metabólicas. A desnutrição interfere na cicatrização, aumenta a suscetibilidade do indivíduo a infecções e contribui para uma maior incidência de complicações, internações mais longas e repouso prolongado do paciente ao leito (SILVA *et al.*, 2010).

Os medicamentos também estão listados como fatores de risco para integridade da pele prejudicada, pois alguns fármacos produzem efeitos negativos sobre a pele, tornando-a mais susceptível ao surgimento de lesões e outras patologias cutâneas (FREITAS *et al.*, 2011). Pacientes com perda na percepção sensorial são mais vulneráveis ao desenvolvimento de lesões, visto que muitas vezes são incapazes de comunicar e identificar o desconforto (SILVA *et al.*, 2010), sendo este mais um fator de risco. O enfermeiro deve estar atento para a identificação desses pacientes a fim de evitar complicações.

Levando em consideração a fragilidade dos indivíduos na “terceira idade”, em combinação com os fatores de risco e a permanência prolongada em hospitais, o aparecimento de alterações na pele principalmente das chamadas úlceras por pressão (UP) são umas das consequências mais comuns e um problema de saúde de alto custo. Aproximadamente 9% de todos os pacientes hospitalizados, sobretudo os idosos, e 23% dos pacientes acamados com cuidados domiciliares são afetados (FREITAS *et al.*, 2011).

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, a prevalência de UP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7% (NPUAP, 2001). No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UP, um estudo realizado em um hospital

geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81% (ROGENSKI; SANTOS, 2005). Ascari *et al.* (2014) conceitua as UP's como sendo:

“Qualquer lesão que se desenvolve a partir da pressão prolongada sobre tecidos moles ou superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente, principalmente em locais de proeminências ósseas, sendo sua gravidade associada à intensidade e duração da pressão e a tolerância dos tecidos” (p.01, 2014).

As UP's causam problemas adicionais à saúde do cliente como dor, sofrimento e aumento da morbimortalidade, prolongando o tempo de internação. Podem ser classificadas de acordo com o comprometimento tecidual em quatro estágios que vai desde a pele intacta apresentando apenas sinais de uma possível lesão como, por exemplo, a hiperemia, até a lesão propriamente dita e instalada apresentando destruição total das camadas da pele chegando a afetar músculos, cartilagens e até a estrutura óssea.

A abordagem multidisciplinar, com início na identificação precoce dos pacientes susceptíveis, deve abranger além do paciente os familiares. Para que o diagnóstico de enfermagem possa ser identificado com maior acurácia, orienta-se o uso de um instrumento padronizado de avaliação de risco que pode ser, por exemplo, a escala de Braden que avalia o risco do indivíduo a uma UP (BAVARESCO; LUCENA, 2012; ASCARI *et al.*, 2014). Algumas instituições de saúde já têm adotado protocolos próprios de prevenção que identificam precocemente os clientes em risco.

O diagnóstico das UP é basicamente clínico, e muitas vezes realizado por algum instrumento que oriente o profissional na identificação dos indivíduos susceptíveis. O prognóstico, ou seja, a identificação precoce é de extrema necessidade e importância, permitindo estabelecer medidas que evite danos à integridade da pele. A utilização de escalas de avaliação requer pouca habilidade do profissional enfermeiro, embora requeira mais tempo na assistência para sua avaliação e acompanhamento (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Araújo *et al.* (2011) pontua que na escolha de um método de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, é importante considerar a eficácia e a facilidade de aplicação do instrumento de medida. A escala de Braden tem sido uma das mais utilizadas nos estudos sobre UP, no Brasil foi traduzida e validada para a língua portuguesa, conforme o trabalho de Paranhos e Santos (1999), sendo a mais bem definida operacionalmente, com alto valor preditivo para o desenvolvimento de UP, permitindo uma avaliação dos vários fatores relacionados (SILVA *et al.*, 2010).

Diante do grave problema de saúde que são as úlceras por pressão, dos altos custos e dos transtornos que acarretam ao cliente e a família, e tendo a enfermagem a sua disposição uma gama de instrumentos que os auxiliam no cuidado ao paciente é seu papel manter a pele do paciente íntegra, considerado como um dos indicadores da qualidade da assistência prestada, e, conseqüentemente, garantindo a segurança do paciente que se encontra no momento de fragilidade pela hospitalização.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) trata a UP como um dos eventos adversos que reflete a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais (BRASIL, 2013). Desta forma é uma responsabilidade de toda equipe multiprofissional em especial do enfermeiro, que acompanha o cliente desde a sua chegada até a sua partida dentro do ambiente hospitalar assegurar a segurança da assistência prestada ao paciente.

Considerando que o cuidado reduz a incidência de doenças, o dano à saúde, encurta o tempo de tratamento e/ou hospitalização, melhora e/ou mantém a saúde do paciente é de extrema importância à realização de cuidados seguros, devendo o profissional avaliar sempre o paciente, os riscos a que ele está exposto e que ameaçam a sua segurança (CARRARO *et al.*, 2012).

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde, e é definido por Rigobello *et al.* (2012) como sendo o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. Suscintamente tem seu foco na prevenção, caracterizando-se pela preocupação com a magnitude da ocorrência de eventos adversos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Os constantes estudos a cerca da segurança do paciente tem ocorrido devido a este avaliar a qualidade do cuidado que está sendo prestado ao individuo hospitalizado pelos profissionais que compõe a equipe de saúde a partir da ocorrência de eventos adversos, isto é de conseqüências/alterações na saúde do cliente.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu que a segurança do paciente é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade de atenção ao paciente (BRASIL, 2011). Os profissionais da saúde hospitalar tem papel atuante na definição de prioridades para o cuidado. Cada vez mais se tem cobrado e mobilizado as equipes de saúde para a atenção a saúde do individuo hospitalizado e a qualidade do cuidado oferecido, visando evitar danos a sua saúde. Reis; Martins; Laguardia (2013) aponta parte dessa mobilização como fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos envolve

custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias.

Os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares precisam dispor de habilidade e um avançado conhecimento técnico-científico para oferecerem um atendimento e um cuidado de qualidade. No entanto, na maioria das vezes, o cuidado é prestado de forma sucinta, isto é não segue os padrões, em muitos casos as funções são delegadas a outros membros que não têm competência e habilidade para realizar determinada ação, e conseqüentemente coloca em risco a segurança do paciente.

Fassini; Hahn (2012) aponta o enfermeiro como o membro da equipe multidisciplinar que desempenha papel fundamental no cuidado, pois além de exercer várias funções, também gerencia a unidade, tratando-se, portanto, de um profissional com uma visão aguçada em relação à segurança do paciente e à tomada de decisão.

Diante do cuidado como essência do trabalho de enfermagem ele precisa ser realizado sem causar danos á saúde do cliente. O ambiente hospitalar é um local que oferece risco a saúde do individuo, principalmente ao paciente idoso que já vem fragilizado em decorrência da idade e do processo de envelhecimento, sendo necessário observa-lo considerando seus aspectos biopsicossociais promovendo um viver saudável e distante de eventos adversos.

O enfermeiro tem papel primordial no cuidado ao idoso hospitalizado e deve ter atenção redobrada para aqueles que apresentam risco de integridade da pele prejudicada. Para tal, devem usar de seus conhecimentos e técnicas para avaliar e identificar aqueles que se encontram expostos a esse risco por meio das tecnologias próprias da profissão como o diagnóstico de enfermagem e daqueles disponíveis para tal função, como as escalas de risco. Portanto para garantir a segurança do paciente é necessário atende-lo de forma integral e livre de danos, e é responsabilidade do enfermeiro assegurar um cuidado e uma assistência de qualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza da pesquisa

Os métodos de pesquisa orientam o autor na construção do trabalho, a partir do método adequado será possível planejar, programar e analisar os dados da pesquisa, respondendo aos questionamentos do estudo. As pesquisas científicas podem ser classificadas de acordo com a abordagem, a natureza, os objetivos e os procedimentos. Dentro deste contexto o estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e corte transversal.

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal retratar com precisão as características de pessoas, situações ou grupos e/ou a frequência com que certo fenômeno ocorre, este tipo de estudo faz uma relação entre variáveis, e proporciona novas visões sobre o tema em estudo (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos transversais são mais econômicos e de fácil controle e envolvem a coleta de dados em um determinado ponto temporal, isto é, todos os fenômenos da pesquisa dentro da coleta de dados são observados em um único período. São adequados para descrever ou relacionar fenômenos (POLIT; BECK, 2011).

A abordagem quantitativa geralmente reflete uma filosofia determinista e examinam causa, e como diferentes causas interagem e/ou influenciam resultados, trata-se da investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisas dos dados, para isso usa de recursos matemáticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Período e local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público de referência do município de Picos, PI, no período de abril de 2014 a janeiro de 2015.

O referido município está localizado no centro-sul do estado do Piauí, com uma área territorial de 534,715 Km², segundo o instituto brasileiro de geografia e estatística apresentava em 2010 uma população de 73,414 hab. e estima-se que em 2013 a população seria de 76,042 hab. (IBGE, 2010).

O local foi escolhido por ser um hospital que acolhe cotidianamente acadêmicos dos diversos cursos da saúde e possui profissionais sensibilizados para a causa acadêmica, além de agregar uma quantidade satisfatória de idosos sob os cuidados da equipe de

enfermagem, os quais recebem acompanhamento de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistência farmacêutica. A ala em que será realizada a coleta de dados será Ala B que conta com 9 enfermarias, sendo 4 com seis leitos, 4 com três leitos e um de isolamento.

4.3 População e amostra da pesquisa

A amostra foi calculada por meio da fórmula para população finita (POCOCK, 1989), conforme se verificar abaixo:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 * P * Q * N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 * P * Q}$$

Na fórmula indicada, os símbolos/letras correspondem a: **n** é o quantitativo da amostra procurada, **t_{5%}** é o valor tabelado da distribuição *t* de *Student* para o qual considerou-se 1,96, **P** é a prevalência do evento, que foi de 50% em virtude do desconhecimento da real prevalência do evento, **Q** = 100 – P, **e** é o erro amostral fixado, que foi de 6% e **N** é a população considerada no estudo que é de 333 pacientes, número equivalente ao índice de idosos hospitalizados na Ala B do hospital de referência, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2013.

$$n = (1,96^2 * 50 * 50 * 333) / (6^2 * 332 + 1,96^2 * 50 * 50)$$

$$n = (9 604 * 333) / (11 952 + 9 604)$$

$$n = 3 198 132 / 21 556$$

$$n = 148,36... = 148 \text{ casos}$$

A amostra da pesquisa foi constituída por 148 pacientes idosos identificados com risco de integridade da pele prejudicada internados no hospital público de referência no período da coleta de dados.

Critérios de inclusão: idosos hospitalizados que apresentem pele íntegra e que aceite participar da pesquisa voluntariamente.

Critérios de exclusão: idosos com a integridade da pele prejudicada.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de um questionário social e clínico baseado nos fatores de risco presentes na NANDA-I (APÊNDICE A), e por meio da escala de Braden (ANEXO A) que avaliou os pacientes com risco de integridade da pele prejudicada. A coleta de dados aconteceu no período de setembro a novembro de 2014, em horários previamente estabelecidos e apropriados ao pesquisador e aos participantes da pesquisa.

A Escala de Braden é considerada, um dos protocolos mais conhecidos e eficientes, que foi desenvolvida com base na fisiopatologia das úlceras por pressão, que utiliza determinantes de suma importância: a intensidade, duração da pressão e tolerância tecidual. Esta escala possui seis parâmetros numéricos, ou subescalas que identificam a percepção sensorial, atividade motora, umidade do local, mobilidade e condições nutricionais do paciente e intensidade da fricção e cisalhamento. No entanto é válido lembrar a importância da individualização do atendimento, pois cada ser humano é único (ASCARI *et al.*, 2014)

A análise é feita por meio da pontuação obtida ao final da avaliação do paciente. A escala possui seis subescalas e cada uma é graduada de um a quatro de acordo com o risco, exceto fricção e cisalhamento que é graduada de um a três, a menor pontuação indica um maior risco para desenvolver uma úlcera por pressão. Ao final esses valores serão somados para atingir uma pontuação que vai de 6 a 23 e onde de 6-12 indica alto risco, de 13-18 risco médio, de 19-23 risco baixo.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva. Para as associações, utilizou-se como recurso a estatística analítica realizada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Para investigar a correlação entre as variáveis clínicas e o escore da escala de Braden realizou correlação de Spearman.

Ao final do tratamento dos dados, estes foram apresentados em tabelas e gráficos, cuja consolidação serviu para realização de inferências que foram discutidas com base na literatura científica pertinente sobre a temática em estudo.

4.6 Aspectos éticos e legais

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará – UECE. O projeto foi aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 27561314.7.0000.5534 (ANEXO B) e autorizado pela coordenação de enfermagem do Hospital Regional Justino Luz (ANEXO C). A pesquisa teve prosseguimento após cada paciente ter conhecimento acerca da metodologia do estudo e que assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso aceitasse participar da pesquisa (APÊNDICE B).

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu os princípios éticos e legais da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e a metodologia da pesquisa. No que se trata dos benefícios trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para o participante e como riscos, o preenchimento do formulário poderá representar risco de constrangimento devido à exposição do paciente ao pesquisador, porém a privacidade do paciente foi preservada por meio de um ambiente fechado.

5 RESULTADOS

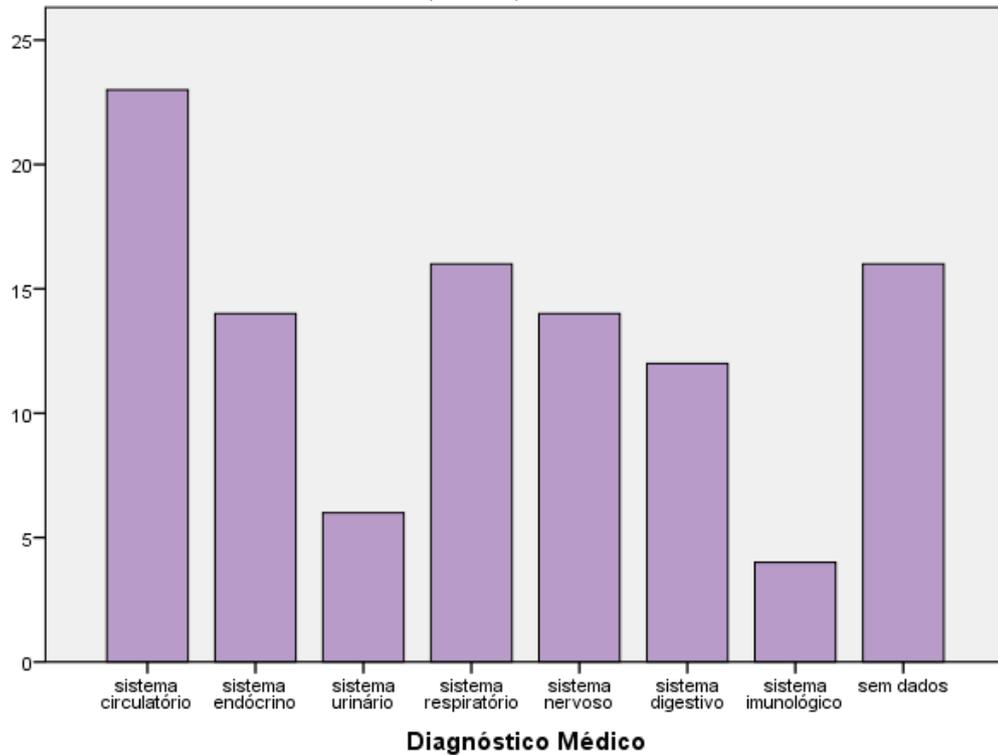
Neste capítulo encontram-se apresentados os resultados das análises das variáveis contidas nos instrumentos de coleta de dados. A amostra foi constituída de 105 idosos hospitalizados no hospital de referência do município de Picos e que aceitaram participar da pesquisa. A Tabela 1 evidencia o predomínio do sexo masculino que corresponde a 56 idosos (53,3%), quanto ao grau de escolaridade 51 dos entrevistados tinham o ensino fundamental incompleto (48,6%) e 46 eram analfabetos (43,8%), a faixa etária predominante foi entre 60 e 69 anos (39%) seguido dos 37 idosos com idade entre 70 e 79 anos (35,2%).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos dados sócio demográficos dos idosos hospitalizados. Picos-PI, 2014. (n=105)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	56	53,3
Feminino	49	46,7
Faixa Etária		
60-69 anos	41	39
70-79 anos	37	35,2
80-89 anos	19	18,1
>90 anos	8	7,6
Escolaridade		
Analfabeto	46	43,8
Ensino fundamental incompleto	51	48,6
Ensino fundamental completo	3	2,8
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino médio completo	3	2,8
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	2	2

O Gráfico 1 corresponde às classificações dos diagnósticos médicos, 23 pacientes apresentavam diagnóstico relacionado ao sistema circulatório (21,9%), 14 ao sistema endócrino (13,3%) e 14 relacionado ao sistema nervoso (13,3%).

Gráfico 1 – Distribuição percentual de idosos hospitalizados segundo os diagnósticos médicos. Picos-PI, 2014. (n=105)



A partir do instrumento de coleta de dados realizou-se a avaliação da pele do paciente abordando as variáveis sensações da pele, estado da pele, turgor e pigmentação. O Gráfico 2 aponta que a quase totalidade investigada, ou seja, 100 idosos apresentavam as sensações da preservadas (95,2%) e quatro tinham as sensações prejudicadas (3,8%). Em relação ao estado da pele 60 idosos apresentavam a pele hidratada (57,1%) e 44 apresentavam pele seca (41,9%) demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 2 – Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto às sensações da pele. Picos-PI, 2014. (n=105)

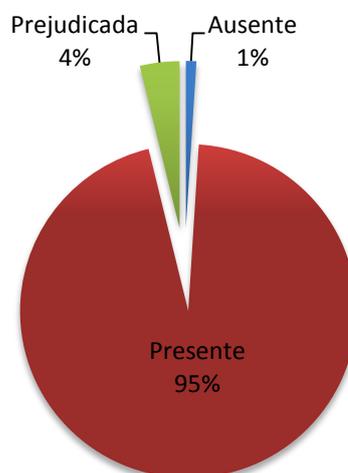
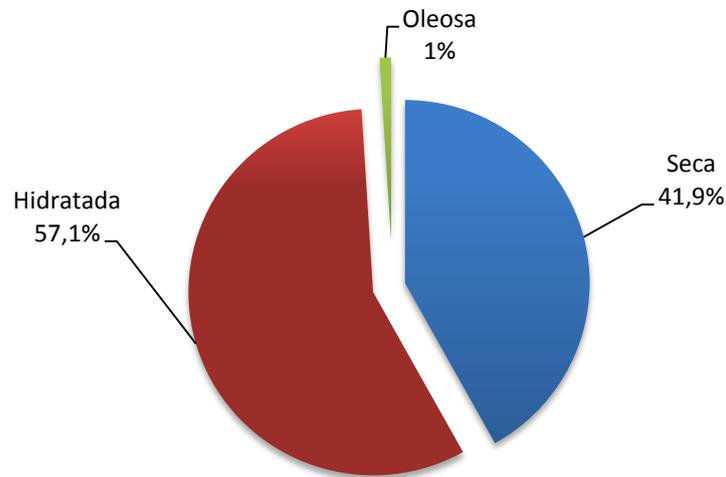


Gráfico 3 – Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto ao estado da pele. Picos-PI, 2014. (n=105)



Conforme o Gráfico 4 que caracteriza a variável turgor da pele, isto é, a elasticidade, 76 dos pacientes pesquisados tinham o turgor diminuído (72,4%), 19 pacientes apresentavam o turgor normal (18,1%) e 10 apresentavam o turgor ausente (9,5%). Quanto a variável pigmentação abordada no Gráfico 5, predominou a pigmentação normal representado por 66 idosos (62,9%), 32 apresentavam pigmentação pálida (30,5%), a pele hiperemiada foi encontrada em quatro dos idosos (3,8%) e em três havia presença de manchas (2,9%).

Gráfico 4 – Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto ao turgor da pele. Picos-PI, 2014. (n=105)

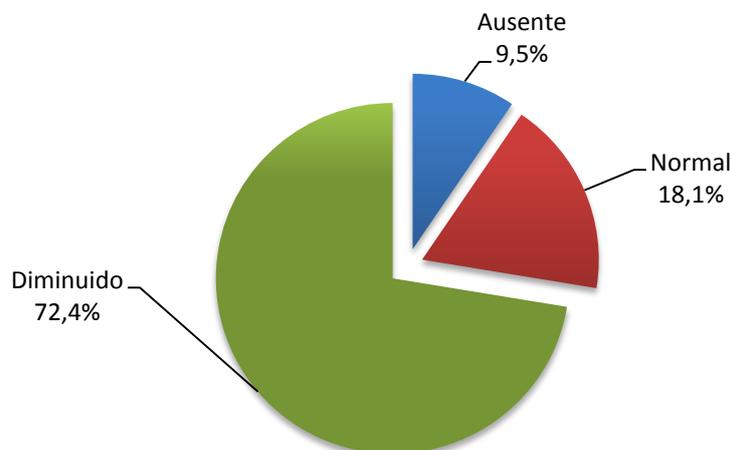
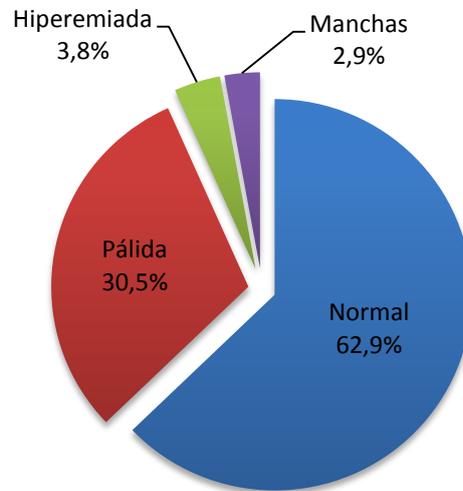


Gráfico 5 – Distribuição percentual de idosos hospitalizados quanto à pigmentação da pele. Picos-PI, 2014. (n=105)



No Gráfico 6 foram apresentados os resultados referentes ao risco de úlceras por pressão nos idosos hospitalizados a partir da escala de Braden, evidenciou-se o predomínio de 57 idosos com risco médio (54,3%), seguido de 37 com risco baixo (35,2%) e 11 com risco alto (10,5%).

Gráfico 6 – Distribuição numérica de idosos hospitalizados quanto ao risco de úlcera por pressão segundo Escala de Braden. Picos-PI, 2014. (n=105)

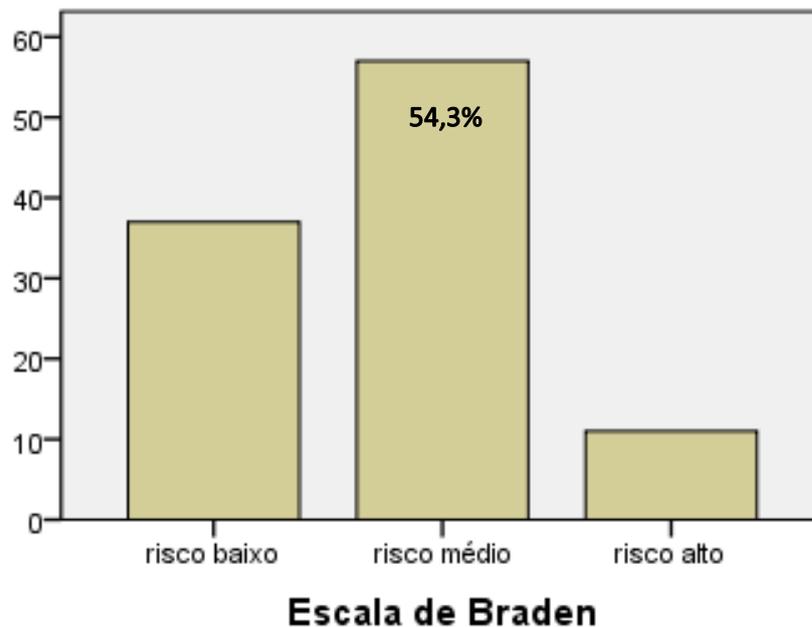


Tabela 2 – Associação do escore da escala de Braden com as variáveis clínicas dos idosos hospitalizados. Picos, 2014. (n=105)

Variáveis	Escore da Escala de Braden						p-valor*
	Baixo risco		Médio risco		Alto risco		
	N	%	N	%	N	%	
Deambulação							0,000
Deambula	34	59,6	23	40,4	0	0	
Deambula com ajuda	3	9,7	27	87,1	1	3,2	
Restrito ao leito	0	0	7	41,2	10	58,8	
Medicação							0,782
Sim	31	34,1	50	54,9	10	11	
Não	6	42,9	7	50	1	7,1	
Uso de fraldas geriátricas							0,000
Sim	3	10,3	15	51,7	11	37,9	
Não	34	44,7	42	55,3	0	0	
Estado da pele							0,314
Seca	11	25	27	61,4	6	13,6	
Hidratada	26	43,3	29	48,3	5	8,3	
Oleosa	0	0	1	100	0	0	
Turgor da pele							0,110
Ausente	0	0	8	80	2	20	
Normal	12	63,2	7	36,8	0	0	
Diminuído	25	32,9	42	55,3	9	11,8	
Pigmentação da pele							0,280
Normal	28	42,4	35	53	3	4,5	
Pálida	5	15,6	20	62,5	7	21,9	
Hiperemiada	2	50	1	25	1	25	
Manchas	2	66,7	1	33,3	0	0	
Exposição ao sol							0,230
Sim	13	56,5	10	43,5	0	0	
Não	24	29,3	47	57,3	11	13,4	

*Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 2 traz a associação entre os escores da escala de Braden e as variáveis clínicas para o risco de integridade da pele prejudicada, demonstrando que quanto ao grau de mobilização os pacientes que deambulam tem um risco menor (59,6%) enquanto que os pacientes que deambulam com ajuda (87,1%) apresentam risco moderado e os que estão restritos ao leito (58,8%) encontram-se em alto risco para o surgimento de lesão.

No que diz respeito ao uso de fraldas geriátricas aqueles que não utilizam tem um risco menor (44,7%) para lesão, enquanto aqueles que utilizam tem um risco maior (51,7%), demonstrando que a associação entre essa variável e o risco elevado de UP.

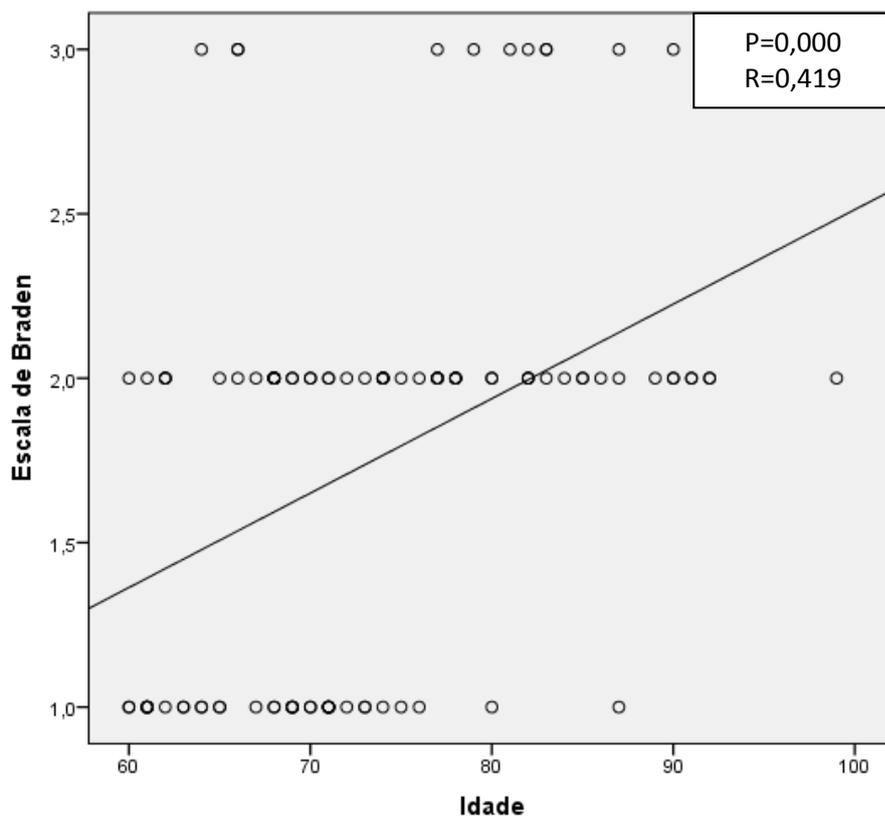
O estado da pele traz que os idosos que apresentam pele hidratada tem um risco baixo (43,3%) quando comparados com os de pele seca que tem um risco mais elevado

(61,4%) para as alterações na integridade da pele. Nos indivíduos com turgor ausente o risco para lesão é moderado (80%) assim como naqueles com turgor diminuído (55,3%), enquanto que os que tem o turgor normal o risco é baixo (63,2%).

Os pacientes que tem pigmentação da pele normal tem um risco menor (42,4%) quando comparados com aqueles que apresentam palidez e estão mais propensos as úlceras (62,5%). Os indivíduos que se expõe excessivamente ao sol tem um risco maior (43,5%) para alterações na pele do que os que não o fazem.

O Gráfico 7 que traz a correlação entre idade e os escores da escala de Braden, percebe-se que o risco aumenta conforme há o aumento da idade. Identificando-se uma correlação significativa ($p=0,000$) e moderada ($R=0,419$).

Gráfico 7 – Correlação de Sperman entre idade e escore da escala de Braden. Picos, 2014. (n=105)



6 DISCUSSÃO

A partir dos resultados o perfil da amostra caracterizou-se pela prevalência do sexo masculino, o grau de escolaridade mais comum foi o ensino fundamental incompleto e a faixa etária entre 60 e 69 anos. Outros estudos demonstraram a mesma realidade quanto ao predomínio do sexo masculino, esse fato pode ser explicado devido à maioria dos homens só procurarem os serviços de saúde quando já tem algum problema instalado, deixando-os com a saúde mais frágil e mais susceptível a hospitalização (RESENDE; BACHION; ARAÚJO, 2006; GUEDES et al., 2009; CARNEIRO; LEITE, 2011; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; FRANÇA et al., 2013).

Quanto ao grau de escolaridade os dados corroboram com os estudos de Bitencourt et al (2011) onde a maioria tinham apenas o ensino fundamental incompleto, esse dado é importante pois o baixo nível de escolaridade pode dificultar o entendimento do paciente idoso para o autocuidado e o cumprimento dos tratamentos para a manutenção da saúde.

A faixa etária mais presente foi de 60 a 69 anos em congruência com os dados desse estudo França et al (2013) e Carneiro e Leite (2011) apresentam os mesmos resultados, esse evento pode ser entendida devido o aumento da expectativa de vida ainda ser recente, sendo essa faixa o grupo de idosos mais expressivo na população. Percebeu-se, portanto, que os idosos “jovens” formavam o público de internação, no período da pesquisa, que mais necessitavam dos cuidados hospitalares.

Ao realizar o diagnóstico de risco para o desenvolvimento de UP em um paciente hospitalizado, devem-se levar em consideração os diversos fatores que predis põem a formação de uma UP, visto que a ocorrência desse evento é determinada por um conjunto de fatores e não por um único fator sendo importante a utilização de instrumentos para avaliar o paciente (SILVA et al., 2010). O estudo em questão avaliou uma série de variáveis relevantes para o desenvolvimento de UP, tais como diagnóstico médico, grau de mobilização, uso domiciliar de medicamento, uso de fraldas geriátricas e avaliação do estado da pele, turgor, e percepção sensorial.

Na investigação do motivo da hospitalização, isto é, do diagnóstico médico, eles foram categorizados de acordo com os sistemas anatômicos para melhor compreensão, diante dos resultados o sistema circulatório, que abrange as patologias como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Infarto agudo do miocárdio (IAM), e o sistema nervoso que inclui o AVE (Acidente Vascular Encefálico) foram os mais prevalentes, em similaridade a esse evento

tem-se os estudos de Freitas et al (2011) e Lucena et al (2011). O processo de envelhecimento favorece o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), principalmente hipertensão, diabetes, cânceres, doenças renais e cerebrovasculares, diante disso entende-se o predomínio dos diagnósticos encontrados.

Em contradição aos estudos de Silva et al (2010); Lucena et al (2011); Creutzberg et al (2011), que trazem a maioria dos sujeitos da pesquisa com percepção sensorial completamente limitada, esse dado é de grande relevância, pois confirma que na velhice as células sensoriais reduzem o seu quantitativo e suas funções.

O presente trabalho aponta que a quase totalidade dos idosos entrevistados tinham sua capacidade de resposta ao desconforto preservado (95%). Esse fator é extremamente importante, pois a sua limitação torna o paciente mais susceptível ao desenvolvimento de uma úlcera por pressão, tendo assim o enfermeiro responsabilidade para identifica-los e programar medidas de prevenção (SILVA et al., 2010). Em similaridade aos resultados dessa variável têm-se os achados de Resende; Bachion; Araújo (2006) e Gomes et al (2011).

Uma das variáveis pesquisadas foi o estado da pele do paciente, onde mais da metade dos sujeitos da pesquisa apresentavam a pele hidratada, seguido daqueles com pele seca. O tipo de pele é de extrema importância na avaliação de risco para UP, principalmente a pele seca que pode sinalizar uma desidratação e levar a diminuição da elasticidade, tolerância à pressão tornando-a susceptível a ruptura. Estudos demonstram similaridade com os achados da pesquisa (ARAÚJO; MOREIRA; CAETANO, 2011).

Em consonância aos achados de Resende; Bachion; Araújo (2006) que trazem as alterações no turgor como um fator potencialmente capaz de promover ruptura na pele, devido à diminuição de elastina e colágeno, o turgor da pele, isto é, a elasticidade encontra-se alterada na maioria dos pacientes. As mudanças na pigmentação da pele é um dos fatores de risco apontados pela NANDA-I, a mesma foi levada em consideração nos resultados do estudo, e a mais da metade dos pacientes avaliados apresentava-se com pigmentação normal seguido daqueles com palidez cutânea, nenhum dos estudos anteriores demonstraram essa variável como relevante para o risco de integridade de pele prejudicada.

Na identificação dos sujeitos da pesquisa que tinham risco de integridade da pele prejudicada utilizou-se também a escala de Braden, que apresentou resultados significativos onde mais da metade da população avaliada apresentava-se em risco médio, seguido do risco baixo. Estudos como de Silva et al (2011) corroboram com achados da pesquisa, assim como os de Menegon et al (2012) que apresentou uma minoria dos pacientes com alto risco para o desenvolvimento das UP, resultado similar ao dados desse estudo.

Os achados referentes aos escores da escala de Braden remetem que o paciente por ser idoso e está diante da condição hospitalar tem uma forte predisposição para o risco de lesão, dependendo de ações de promoção da saúde que visem garantir a segurança do paciente. Essas ações devem ser implementadas pela equipe de saúde, sendo o enfermeiro o principal responsável.

A partir da associação entre as variáveis do estudo e os escores da escala de Braden, percebe-se que há relação entre o alto risco para UP e os pacientes que estão restritos ao leito, estudo similar traz que quanto maior for à limitação de mobilidade maior é o risco para lesões (FERNANDES et al., 2012). Outra correlação significativa é o uso de medicamentos, os resultados dessa investigação corroboram com outros achados, que apontam que o risco para quem faz uso de medicação é maior do que para os indivíduos que não o fazem, esse fato ocorre devido algumas classes de medicamentos, como por exemplo, hipotensores, sedativos e analgésicos deixam o paciente mais susceptível as UP (CREUTZBERG et al., 2011; FREITAS et al., 2011).

O uso de fraldas geriátricas é um fator de risco de grande importância, pois deixa o idoso exposto a umidade quando a troca de fraldas não é feita frequentemente, as incontinências sejam elas urinárias ou fecais, estão muito frequentes na população idosa devido principalmente a incapacidade de percepção e/ou comunicação de suas necessidades básicas, como consequência dessa exposição o paciente pode vir a desenvolver uma lesão. Diante dos achados há uma correlação entre os pacientes que usam fraldas geriátricas e o risco de médio a alto para alterações na integridade cutânea. Não foram encontrados estudos em que essa variável fosse relevante.

Os resultados do estudo demonstraram os fatores que mais predispõe o idoso hospitalizado ao risco de integridade da pele prejudicada, a partir desses indicadores é possível o profissional conhecer as fragilidades desse indivíduo e traçar medidas de prevenção para favorecerem a segurança do paciente.

Diante da correlação de Sperman que traz associação da idade com o risco para UP, a congruência com outros estudos demonstra que conforme aumenta a idade do paciente mais vulnerável ele está para a ocorrência de alterações na integridade da pele, no entanto é importante ressaltar que a idade por si só não é responsável pelo surgimento de UP (SALES; BORGES; DONOSO, 2010; CREUTZBERG et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Assim, o fato da pessoa idosa ser um indicador de risco para integridade de pele prejudicada não é responsável isoladamente pela possibilidade de ter uma lesão em seu sistema tegumentar, mas uma série de agravos que o processo de envelhecimento favorece,

junto, em especial, com a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde do qual o paciente faz uso. Portanto, acompanhar as condições da pele do idoso hospitalizado e favorecer sua integridade, mostra o quão seguro aquele serviço é para seus usuários, bem como a eficácia do trabalho desempenhado pela equipe de saúde.

7 CONCLUSÃO

Considerando o crescente número de idosos em todo o mundo, percebe-se que é preciso estudar mais sobre o cliente nessa faixa etária, suas fragilidades e a necessidade de um cuidado especial aos idosos que se encontram nos serviços hospitalares. Em analogia a isso, o presente estudo analisou a relação do diagnóstico de enfermagem risco de integridade da pele prejudicada com a segurança do paciente. Desta forma buscou-se associar os fatores de risco para esse diagnóstico nos pacientes idosos hospitalizados com a ocorrência do principal evento adverso que acomete a pele, as úlceras por pressão considerada grave problema de saúde gerando altos custos, além de refletir problemas na promoção da segurança do paciente.

O processo de envelhecimento deixa o idoso mais predisposto às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). As patologias em questão fragilizam a saúde do idoso a HAS traz modificações na circulação sanguínea, o DM dificulta o processo de cicatrização da pele. Todos esses fatores associados expõe o paciente idoso ao risco de integridade da pele prejudicada por fragilizar os tecidos.

A diminuição na capacidade do indivíduo identificar estímulos dolorosos, é um fator de risco extremamente importante, pois diante dessa incapacidade o cliente não consegue comunicar o desconforto, dificultando as ações de prevenção como a mudança de decúbito.

A avaliação do idoso deve ser uma das rotinas nos serviços hospitalares, realizada principalmente pelo enfermeiro por ser o profissional que passa mais tempo próximo ao cliente, sendo sua responsabilidade a promoção da segurança do paciente. As UP's como um dos eventos adversos mais comuns e preocupantes pode ser avaliada por meio de instrumentos disponíveis na literatura, como a escala de Braden ou através de protocolos próprios de cada instituição, visando à identificação precoce de pacientes vulneráveis ao surgimento de uma lesão.

Ao avaliar os sujeitos da pesquisa mais da metade apresentavam-se em risco moderado para o surgimento de uma UP. Assim, é possível concluir que os profissionais devem estar mais atentos ao paciente idoso hospitalizado adotando medidas preventivas que evitem a ocorrência da lesão, consequentemente incluindo seus pacientes no grupo de baixo risco. É importante que o profissional atente para a associação dos fatores de risco, um único fator não indica que o indivíduo seja acometido por uma lesão, mas sim a junção de vários fatores, quanto maior o número de variáveis presentes mais vulnerável estará o paciente.

O estudo dos fatores de risco para a integridade da pele prejudicada é de grande relevância, pois permite que o profissional de enfermagem em peculiar o enfermeiro conheça a gravidade das úlceras por pressão, podendo atuar de forma mais significativa na avaliação do paciente idoso hospitalizado e identificação daqueles que tem maior predisposição a essas lesões. O paciente deve ser acompanhado e avaliado constantemente desde a sua admissão no serviço de saúde hospitalar até a sua alta. E o profissional deve está seguro na avaliação do idoso, bem como para orientar a família e/ou os cuidadores.

O estudo não apresentou grandes limitações, quanto à coleta de dados a maioria dos idosos aceitou participar da pesquisa e a equipe multiprofissional foi bem receptiva. No que diz respeito à literatura científica a um número significativo de matérias que abordem o tema em questão.

Finalmente, é imprescindível que diante do processo de envelhecimento o profissional esteja sempre atento ao cuidado seguro ao idoso hospitalizado, garantindo sua segurança, provendo um ambiente seguro, avaliando os que estão em risco principalmente de alterações na integridade da pele, pois estas quando ocorrem trazem transtornos ao cliente, família, altos custos para a instituição e aumento na permanência hospitalar, refletindo assim um cuidado adequado por parte da equipe de saúde em peculiar o enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ A. M. Et al. Departamento científico de enfermagem gerontológica da associação brasileira de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.66, n.esp., p.177-81. Brasília-DF, 2013.
- AMARAL A. F. S.; PULIDO K.C.S.; SANTOS V. L. C. G. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.esp., p.44-50. São Paulo-SP, 2012. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
- ARAÚJO T. M.; MOREIRA M. P.; CAETANO J. Á. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**. v.19, n.1, p.58-63. Rio de Janeiro-RJ, 2011.
- ARAÚJO T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras Enferm**. v.64, n.4, p.671-6. Brasília-DF jul-ago, 2011.
- ASCARI R. A. *Et al.* Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**; v.6, n.1, p.11-16, março - maio 2014.
- BAVARESCO T.; LUCENA A. F. Intervenções da classificação de enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v.20, n.6, p.08telas, nov-dez 2012.
- BITENCOURT G. R.; SANTANA R. F.; CAVALCANTI A. C. D.; CASSIANO K. M. Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.13, n.4, p.604-11. Out.-dez., 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a03.htm>.
- BRASIL. **Conselho nacional de saúde**. Resolução 466, Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília – 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília-DF, 2003. Disponível em: < <http://www.comprev.org.br>>. Acesso em: 14 de julho. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Brasília-DF, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde**. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Brasília-DF, 2011.
- CARNEIRO G. A.; LEITE R. C. B. O. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.3, p.611-6. São Paulo-SP, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

CARRARO T. E.; GELBCKE F.L.; SEBOLD L. F.; KEMPFER S. S.; ZAPELINI M. C.; WATERKEMPER R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.3, p.14-19, 2012.

COFEn. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). **Sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.** RDC nº 358 de 22 de outubro de 2009. Brasília-DF, 2009.

CREUTZBERG M. *Et al.* Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de Unidade de Terapia Intensiva. **Enfermagem em foco.** v.2, n.2, p.133-136, 2011.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação 2012-2014/[NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al]. Porto Alegre: Artmed, 2013.606 p. 23cm.

FASSINI P.; HAHN G.V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm UFSM.** v.2, n.2, p.290-299. Mai/Ago 2012.

FERNANDES M. G. M. et al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de waterlow. **Rev. enferm. UERJ.** v.20, n.1, p.56-60. Rio de Janeiro-RJ, 2012.

FONTENELE A. D. B.; SILVA R. N.; BRITO M. A. M.; SILVA J. P. Promoting health of elderly the perspective of nurses of primary care. **Rev. Enferm UFPI.** V.2, n.3, p.18-24, Jul-Sep, 2013.

FRANÇA M. J. D. M.; MANGUEIRA S. O.; PERRELLI J. G. A.; CRUZ S. L.; LOPES M. V. O. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.15, n.4, p.878-85, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.24221>.

FREITAS M. C.; MEDEIROS A. B. F.; GUEDES M. V. C.; ALMEIDA P. C.; GALIZA F. T.; NOGUEIRA J. M. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm.** v.32, n.1, p.143-50. Porto Alegre (RS), 2011.

GOMES F. S. L.; BASTOS M. A. R.; MATOZINHOS F. P.; TEMPONI H. R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.2, p.313-18, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp

GUEDES H. M. Et al. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.2, p.49-56, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico Piauí do município de Picos.** Brasília DF, 2010^a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 de maio. 2014 às 21:30.

LIRA A. L. B. C. Integridade da pele em idosos: Revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. **Cogitare Enferm.** v.17, n.4, p.767-74. Natal-RN out-dez, 2012.

LUCENA A. F.; SANTOS C. T.; PEREIRA A. G. S.; ALMEIDA M. A.; DIAS V. L. M.; FRIEDRICH M. A. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am Enfermagem.** v.19, n.3, p.08 telas, maio-jun 2011.

LUZ S. R. et al. Úlceras de pressão. **Geriatrics & Gerontologia.** v.4, n.1, p.36-43, 2010.

MENEGON D. B.; BERCINI R. R.; SANTOS C. T.; LUCENA A. F.; PEREIRA A. G. S.; SCAIN S. F. Análise das subescalas de braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enferm.** v.21, n.4, p.854-61. Florianópolis, 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. CUDDIGAN J.; AYELLO E. A.; SUSSMAN C.; RESTON V. A. **Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future.** NPUAP, 2001.

PARANHOS W. Y.; SANTOS V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP.** v.33, n.esp., p.191-206, 1999.

PINTO E. N. **Medidas preventivas relacionadas à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente: revisão integrativa.** Rio de Janeiro, RJ: editora Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Originalmente apresentada como dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

POCOCK, S. J. **Clinical trials-a practical approach.** New York: John Wilky & Sons; 1989.

POLIT D. F.; BACK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ªed. Porto alegre: Artmed. 2011.669p.

REIS C. T.; MARTINS M.; LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciencia & saúde coletiva.** v.18, n.7, p.2029-2036, 2013.

RESENDE D. M.; BACHION M. M.; ARAÚJO L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.2, p.168-73, 2006.

RIGOBELLO M. C. G.; CARVALHO R. E. F. L.; CASSIANI S. H. B.; GALON T.; CAPUCHO H. C.; DE DEUS N. N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.5, p.728-35, 2012.

ROGENSKI N. M. B.; SANTOS V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.13, n.4, p.474-80. julho-agosto, 2005.

ROGENSKI N. M. B.; KURCGANT P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.2, p.07 telas. Mar.-abr., 2012. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

SALES M. C. M.; BORGES E. L.; DONOSO M. T. V. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **REME–Rev. Min. Enferm**. v.14, n.4, p.566-575. Out.-dez., 2010.

SANTOS A. A. P.; MONTEIRO E. K. R.; PÓVOAS F. T. X.; LIMA L. P. M.; SILVA F. C. L. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. **Revista espaço para a saúde**. v.15, n.2, p.21-28. Londrina, jun.2014.

SILVA E. W. N. L.; ARAÚJO R. A.; OLIVEIRA E. C.; FALCÃO V. T. F. L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão. **Rev. Bras Ter Intensiva**. v.22, n.2, p.175-185, 2010.

SILVA D. P.; BARBOSA M. H.; ARAÚJO D. F.; OLIVEIRA L. P.; MELO A. F. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.13, n.1, p.118-23, Jan-Mar, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8295>.

SILVA C. F. R. **Mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem para integridade da pele em idosos hospitalizados**. Rio de Janeiro, RJ: editora Universidade Federal Fluminense, 2011. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado da Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense, 2011.

SOUSA V. D.; DRIESSNACK M.; MENDES I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-am enfermagem**. v.15, n.3, 2007. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de identificação

Identificação do paciente:

Idade:

Ala/Enf./Leito:

Data da hospitalização:

Motivo da hospitalização:

INVESTIGAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Diabético: () Sim () Não

Hipertenso: () Sim () Não

Apresenta alguma lesão: () Sim () Não Local: _____ A quanto tempo: _____

Grau de mobilização: () Deambula () Deambula com ajuda () Restrito ao leito

A quanto tempo: _____

Faz uso de alguma medicação: () Sim () Não Quais: _____

Faz uso de alguma substância química na pele (Cremes, Sabonetes): () Sim () Não

Quais: _____

Temperatura corporal: _____ () Hipertermia () Hipotermia

Estado nutricional: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Eliminações vesico intestinais: () Normal () Prejudicada () Ausente A quanto tempo: _____

Faz uso de fralda geriátrica: () Sim () Não A quanto tempo: _____

Período de troca da fralda: _____

AVALIANDO A PELE

Sensações: () Presente () Prejudicada () Ausente

Estado da pele: () Hidratada () Seca () Oleosa

Turgor (Elasticidade): () Normal () Diminuído () Ausente

Pigmentação: () Normal () Pálida () Avermelhada () Presença de manchas

Expõem-se excessivamente ao sol: () Sim () Não

Expõem-se a extremos de temperatura (Vento, Frio, Ar seco): () Sim () Não Qual: _____

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Risco de integridade da pele prejudicada em idosos: promoção da segurança do paciente.

Pesquisador (a) responsável: Ms Francisca Tereza de Galiza, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvívio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (085) 9686-5357

Prezado Senhor:

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

♦**Objetivo do estudo:** Analisar o risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados como promotor da segurança do paciente.

♦**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento de formulário respondendo às perguntas formuladas que abordam os fatores relacionados a integridade da pele.

♦**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

♦**Riscos:** O preenchimento deste formulário poderá representar risco de constrangimento devido a exposição do paciente ao pesquisador.

♦Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

♦ **Sigilo:** Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

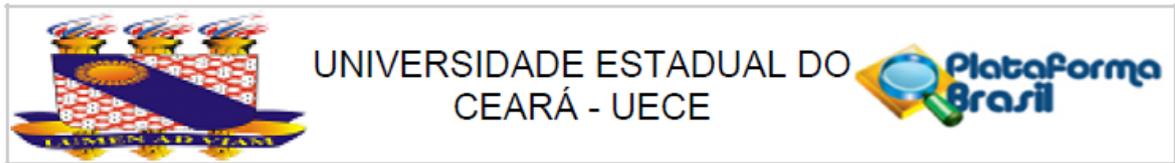
ANEXOS

ANEXO A – Escala de braden

ESCALA DE BRADEN					1	2	3	4
Percepção sensorial: capacidade de reação significativa ao desconforto	1.Completamente limitada: não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do corpo.	2.Muito limitada: reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3.Ligeiramente limitada: obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4.Nenhuma limitação: obedece a instruções verbais. Não apresenta deficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.				
Humidade: nível de exposição da pele a humidade	1.Pele constantemente húmida: a pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. é detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2.Pele muito húmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3.Pele ocasionalmente húmida: a pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4.Pele raramente húmida: a pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Atividade: nível de atividade física	1.Acamado: o doente está confinado à cama.	2.Sentado: capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3.Andar ocasionalmente: por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4.Andar frequentemente: anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade: capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1.Completamente imobilizado: não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2.Muito limitada: ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3.Ligeiramente limitado: faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4.Nenhuma limitação: faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.				

<p>Nutrição: alimentação habitual</p>	<p>1.Muito pobre: nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros duramente mais de cinco dias.</p>	<p>2.Provavelmente inadequada: raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca ½ da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3.Adequada: come mais da metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4.Excelente: come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>					
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1.Problema: requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Decai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2.Problema potencial: movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente decai.</p>	<p>3.Nenhum problema: move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p>						
<p>AVALIAÇÃO DO RISCO: () Risco alto: 6-12 () Risco médio: 13-18 () Risco baixo: 19-2</p>					<p>Pontuação Total</p>				

ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS A PESSOA IDOSA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: fundamentos para o cuidado clínico

Pesquisador: Maria Célia de Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27561314.7.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 679.888

Data da Relatoria: 26/05/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do tipo interventiva, tendo como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais. Adotar-se-á, ainda, no momento da atividade interventiva e o método da pesquisa convergente assistencial(PCA). Será realizada com 139 profissionais da equipe de enfermagem de duas instituições, uma Instituição de longa permanência para idosos e uma UTI, ambas de Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar intervenções educativas com a equipe de enfermagem sobre segurança e preparo de medicamento para os idosos a partir das representações sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos e os envolvidos na investigação terão condições de minimizar ou sanar os possíveis riscos. Em caso de constrangimento, no momento da entrevista e atividade em grupo, os investigadores encerrarão as atividades e, somente, retornará quando acordado com o(s) participante(s).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atende aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

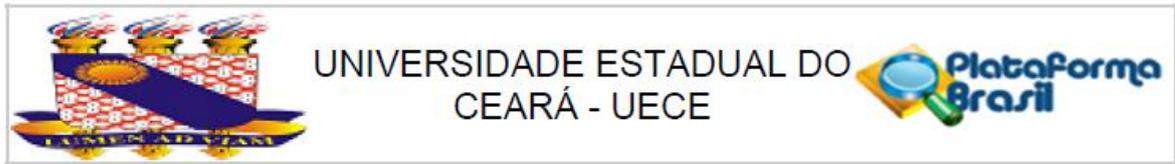
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 679.888

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido corrigido, porém pesquisadora não se identificou.

Recomendações:

Apresentar nome, telefone e endereço da pesquisadora no TCLE para que os participantes da pesquisa saibam a quem procurar caso tenham alguma dúvida sobre a pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, porém pesquisadora deve identificar-se no TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 09 de Junho de 2014

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

ANEXO C – Autorização institucional

Autorização Institucional

Venho por meio deste, apresentar concordância para a realização da pesquisa intitulada “**Qualidade do cuidado clínico de enfermagem a partir da cultura de segurança ao paciente hospitalizado**”, que tem como objetivo analisar a qualidade do cuidado clínico de enfermagem prestado ao paciente adulto e idoso hospitalizado está sendo eficaz e **problematizar** a cultura de segurança no âmbito hospitalar. A pesquisadora responsável, **Prof. Francisca Tereza de Galiza**, solicitará para participar da pesquisa pacientes hospitalizados. A pesquisa será realizada no ano de 2014, com possibilidade de prorrogação por mais um ano. Vale destacar que a qualquer momento posso revogar esta autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Picos – PI, 12 de setembro de 2014.



Dra. Marinalva Nair Silva Ramos
*Coordenador(a) da Equipe de Enfermagem do
Hospital Regional Justino Luz*



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Bruna Maciel de Araújo Santos,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Risco de Integridade da pele prejudicada em idosos
e a segurança do paciente
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 11 de Fevereiro de 2015.

Bruna Maciel de Araújo Santos
Assinatura

Bruna Maciel de Araújo Santos
Assinatura