

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS
Departamento de Enfermagem

**AVALIAÇÃO DA PELE EM IDOSOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
DISTRITO FEDERAL: OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES**

Discente: Adriana Boreli de Oliveira

Brasília, dezembro de 2014

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS
Departamento de Enfermagem

**AVALIAÇÃO DA PELE EM IDOSOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
DISTRITO FEDERAL: OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES**

Discente: Adriana Boreli de Oliveira

Orientador: Prof^a Keila Cristiane Trindade da Cruz

Co-orientador: Prof^a Andrea Mathes Faustino

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Brasília como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2.

SUMÁRIO

Resumo	
1. Introdução.....	5
2. Revisão Bibliográfica	
2.1 Dados epidemiológicos e demográficos do envelhecimento no Brasil e Distrito Federal.....	5
2.2. Sistemas Tegumentares	no
Envelhecimento.....	7
2.3. Alterações Prevalentes no Sistema Tegumentar dos	
Idosos.....	7
3. Justificativa.....	10
4. Objetivos	
4.1. Geral.....	10
4.2. Específicos.....	10
5. Material e Método.....	10
6. Resultados.....	13
7. Discussão.....	17
8. Conclusão.....	19
9. Planilha de Orçamento.....	20
10. Referências Bibliográficas.....	21
11. Anexos.....	23

Resumo

Introdução: Quando envelhecemos, as características e aparência da nossa pele se modificam. Algumas dermatoses têm o poder de influenciar na qualidade de vida e percepção da auto-imagem do idoso, alterando as rotinas diárias e estado de saúde. Por conseguinte, o aprofundamento sobre a ocorrência de alterações na pele dos idosos é crucial para agirmos nos fatores de risco e de proteção a fim de melhorarmos a qualidade de vida dessa população.

Métodos: Trata-se de estudo descritivo, transversal com análise quantitativa com idosos de um Hospital Universitário. **Resultados:** A amostra foi composta de 25 idosos os quais todos tinham pelo menos uma alteração de pele. As alterações mais observadas durante o exame físico da pele foram: pele ressecada/descamativa (10,36%), manchas hiperocrômicas em região facial (9,8%), equimoses (9,15%); petéquias (7,84%); hiperemia e UPP (5,88%, respectivamente); edema e alterações nos pés (5,23%); manchas hipocrômicas, escoriações/lesões e varizes(4,58%, respectivamente). A maioria dos entrevistados eram homens e hipertensos. **Conclusão:** A exposição solar, comorbidades, nutrição e autonomia influenciam diretamente na pele, por isso é importante realizar um exame físico minucioso a fim de prever agravos, promover qualidade de vida e cuidados com a saúde.

1. INTRODUÇÃO

A transição da pirâmide etária por consequência da mudança demográfica e epidemiológica brasileira trouxe novos desafios para a sociedade e governo, porque surgiram além de novas doenças, assim como avanços da medicina e farmácia, outros modos de se planejar e conduzir programas de saúde, que devem focar na promoção desta e prevenção de doenças e agravos. (SILVA, 2013; MOI, 2004)

Aumento dos gastos em internações, procedimentos de alto custo, medicamentos novos são algumas consequências da transição epidemiológica, que atualmente, tem como padrão doenças crônico-degenerativas, as quais reduzem significativamente a qualidade de vida do idoso. Dentre estas, estão doenças relacionados ao sistema tegumentar, tecido subcutâneo e o câncer de pele. (MOI, 2004)

Apesar de o envelhecimento humano ser um processo natural e considerando que todos os sistemas fisiológicos sofrerão mudanças com o avanço da idade, o que caracteriza a senescência, é importante conhecer e entender as alterações, assim como as patologias mais prevalentes nessas faixas etárias, não somente para diminuição dos gastos com complicações decorrentes de alterações preveníveis em internações ou serviços ambulatoriais, mas também, para a melhoria do atendimento da equipe multiprofissional e em especial da equipe de enfermagem, o que poderia contribuir para um cuidado de melhor qualidade ao idoso. Assim a identificação precoce de lesões de pele em idosos poderá contribuir para a formulação de rotinas de avaliação da pele e embasar os cuidados de enfermagem, bem como de suas orientações para o idoso, cuidador e familiares.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Dados epidemiológicos e demográficos do envelhecimento no Brasil e Distrito Federal

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. O envelhecimento populacional aumentou nas últimas décadas principalmente devido à elevação da expectativa de vida ao nascer, aprimoramento dos atendimentos em saúde e avanço na medicina e farmácia, fatores que acabam por prolongarem a vida. E muitas vezes, esse aumento da longevidade não indica qualidade de vida. (SILVA, 2013)

Segundo projeções para 2025, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil encontrar-se-á como o sexto no mundo em número de idosos, com mais de 32 milhões de

peças com 60 anos ou mais, sendo 16 vezes mais o número de idosos se comparado a 1950. (PAPALÉO NETTO, 2007; COSTA, CIOSEK, 2010).

De acordo com o Censo do IBGE 2010, há no Brasil mais de 20 milhões de pessoas com 60 ou mais anos, totalizando aproximadamente 11% da população brasileira. (IBGE, 2010) Tais dados, evidenciam as mudanças em relação à pirâmide etária e, por conseguinte nas estruturas sociodemográficas, financeiras e nos modos de produção de saúde.

A transição demográfica indica o processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade para uma realidade inversa a essa. Devido às alterações nestes indicadores, a taxa de expectativa de vida eleva-se e, conseqüentemente, a população torna-se mais envelhecida. (PAPALÉO NETTO, 2007)

A transição epidemiológica caracteriza-se por mudanças nos padrões de morbimortalidade, evidenciada por decréscimo das doenças infecto-parasitárias e ampliação das doenças crônico-degenerativas. No Brasil, a característica melhor acentuada seria, então, a grande velocidade com o qual o processo de envelhecimento populacional se insere no contexto. (PAPALÉO NETTO, 2007)

Em 2010, o Distrito Federal tinha 197.613 pessoas com 60 anos ou mais, totalizando 7,69% da população. O número de idosos é maior na população do Lago Sul, onde há aproximadamente 20% da população total. Os menores percentuais aparecem no SIA, SCIA-Estrutural, Itapoã, Varjão e São Sebastião, onde a porcentagem de idosos é menor que 3%. As mulheres fazem parte da maioria da população idosa com valor de 57% e nos grupos etários mais avançados, aparece em número maior que o dobro da população masculina. No grupo com 80 anos ou mais, as mulheres compõem um número maior que 60% da população em grande parte das Regiões Administrativas. A população idosa tem como o principal indicador de educação a taxa de analfabetismo, este é mais presente nas pessoas com idades mais avançadas, também se faz mais presente na população feminina devido ao não acesso à educação ao decorrer da vida. O Paranoá tem o maior número de idosos não alfabetizados com valor de 36,46%. Quanto a responsabilidade pelo domicílio, esta é maior nas faixas etárias de 70 anos ou mais, 15,56% dos domicílios referentes ao Distrito Federal são liderados por idosos. (ZGIET; PEREIRA, 2012).

2.2. Sistema Tegumentar no Envelhecimento

A pele é o órgão do corpo humano, que devido a sua exposição a vários fatores, é o que mais evidencia o processo de envelhecimento. O envelhecimento cutâneo é influenciado

por dois componentes: intrínseco e extrínseco. O primeiro está associado à idade, genética, processos biológicos e bioquímicos, enquanto o último tem relação com a ação de fatores externos sobre a pele, como exposição solar, agentes químicos, estresses, hábitos de vida. (FREITAS, 2011; MOI, 2004)

O sistema tegumentar exerce papel fundamental na homeostase do corpo, assegurando proteção contra patógenos (células de Langerhans) e raios ultra-violetas, equilibrando a temperatura corporal e evitando a perda de líquidos. Portanto, pode ser considerado como a sede das reações imunológicas responsáveis pela defesa do organismo, constituindo-se como a barreira primária e órgão de defesa contra microorganismos. (MOI, 2004)

A pele apresenta três camadas conectadas entre si: a epiderme, camada mais externa; derme; e mais internamente, hipoderme ou tecido subcutâneo. (LEAL, 2010)

A epiderme, com o avançar da idade, sofre diminuição em sua espessura devido à atrofia das camadas de ceratinócitos e da camada basal que limita a epiderme da derme. Há redução do número de melanócitos os quais produzem melanina (pigmento para unhas e pelos) e protegem a pele contra os raios UV. Ocorre diminuição na produção de células epiteliais, causando adelgaçamento de 20 a 30% na espessura da epiderme, pouco tecido de sustentação e redução da vascularização. (FREITAS, 2011; LEAL, 2010)

A derme sofre atrofia, com diminuição de aproximadamente 20% de sua espessura, valores menores em regiões fotoprotégidas. Há diminuição nas quantidades de fibroblastos, mastócitos que resulta em uma redução na produção de histamina e conseqüente diminuição da resposta inflamatória da pele, como por exemplo, após a exposição solar. A estrutura das glândulas sudoríparas se alteram com redução no número, tamanho e secreção. A pele fica desidratada, perdendo turgor e elasticidade. A combinação desses fatores torna a pele inelástica e mais friável, acarretando o desenvolvimento de lesões dermatológicas. (FREITAS, 2011)

A exposição aos raios ultravioletas acarreta o envelhecimento extrínseco da pele, esta se caracteriza pela espessura aumentada, rugas mais profundas, pigmentação irregular com tonalidade amarelada, além de uma ampla variação de lesões. O tabagismo é outro fator que acelera o fotoenvelhecimento. (FREITAS, 2011)

2.3. Alterações Prevalentes no Sistema Tegumentar dos Idosos

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2011, as doenças que envolvem o sistema tegumentar constituíram cerca de 84 mil internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em

idosos, sendo alocadas como um dos 20 grupos de enfermidades que levam a mudanças na morbidade hospitalar nesta população. (BRASIL, 2011) Abaixo estão algumas das alterações tegumentares mais prevalentes nos idosos.

Prurido é uma reação cutânea que induz o ato de coçar, pode ou não estar associado a lesões cutâneas. A avaliação do idoso deve ser detalhada, pois pode ser um sintoma de uma doença sistêmica, como insuficiência renal crônica, doenças hematológicas, endocrinológicas, ou até mesmo pode estar associado ao uso de alguns medicamentos. (FREITAS, 2011)

Asteatose, também denominada como xerose, é o termo utilizado para referir uma pele seca, descamativa, muitas vezes com prurido, presentes em faces extensoras de membros ou regiões pré-tibiais, palmares e plantares. Tem como uma de suas causas a idade avançada. No período do inverno, acontecem pioras dos sintomas, devido banhos demorados com água quente e uso de sabonetes atingindo a camada córnea cutânea. (FREITAS, 2011)

Dermatite seborreica é uma doença crônica comum em idosos, pode acompanhar algumas doenças neurológicas e manifestar-se como um efeito colateral de neurolépticos. São lesões eritematoescamosas localizadas no couro cabeludo, sulcos nasogenianos, regiões retroauriculares, palpebrais, etc. Sua causa ainda não está bem definida, mas está atrelada ao aumento de glândulas sebáceas, com presença ou não de fungos *Malassezia spp.* (FREITAS, 2011)

Herpes-zóster, uma doença provocada pelo vírus da varicela-zóster em pacientes que já tenham sido infectados anteriormente. Surge espontaneamente ou é induzida pelo estresse, febre, radioterapia. Acomete aproximadamente 20% de pessoas sem comorbidades e 50% dos imunodeprimidos. Primeiramente ocorre dor intensa por dias, parestesia ou prurido em determinado dermatomo, sem lesão cutânea correspondente, podendo ser confundida com um infarto agudo do miocárdio, pleurite, hérnia de disco. (FREITAS, 2011)

Escabiose, uma doença contagiosa, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, exclusivo da pele do ser humano. A lesão típica na pele é o surgimento de sulcos cutâneos de até 1 cm, acinzentados ou cor da pele. Na maioria das vezes a escabiose, apresenta-se como pápulas eritematosas escoriadas, em regiões interdigitais, interglúteas, axilares. Nos idosos as lesões podem não ser visíveis, com predomínio de escoriações, acarretando furúnculos e foliculites. (FREITAS, 2011)

As neoplasias malignas não-melanoma tem prevalência de 95% dos casos entre as neoplasias cutâneas, sendo as mais comuns nos idosos o carcinoma basocelular e

espinocelular. Essas neoplasias estão associadas à exposição solar, pele clara, radiação ionizante, tabagismo, contato com produtos químicos e orgânicos. (FREITAS, 2011)

O **Carcinoma Basocelular** é a neoplasia cutânea mais comum, sendo de progressão lenta, não causando comprometimento sistêmico ou em linfonodos, porém devido ao seu crescimento pode provocar destruição do local ou estruturas próximas. Geralmente, o tipo nodular (60% dos casos), é encontrado em regiões cefálica e cervical com lesões papulosas translúcidas e brilhantes de aspecto de pérola, podendo formar crostas ou ulceração. (FREITAS, 2011)

Já o **Carcinoma Espinocelular** apresenta-se “*como pápulas ou placas discretamente queratóticas, normocrômicas ou discretamente avermelhadas*”. Encontra-se principalmente em áreas de exposição solar como face, braços, pescoço, orelhas. Está associada a pessoas de pele clara e ao fumo. (FREITAS, 2011)

A fragilidade da pele decorrentes do processo natural do envelhecimento constitui por si só um fator de risco para o desenvolvimento de lesões na pele do idoso. Essas lesões alteram não somente a qualidade de vida do idoso, mas como geram grandes gastos para o sistema de saúde devido às dificuldades do tratamento. Por isso, faz-se tão relevante atentar para a prevenção dessas lesões principalmente naqueles sujeitos que se encontram acamados por longos períodos. (FREITAS et al, 2011)

As **úlceras por pressão** (UPs) são lesões cutâneas em tecidos moles entre proeminências ósseas e superfícies externas causadas por um aumento da pressão externa por tempo prolongado. Essa pressão causa fenômenos isquêmicos e conseqüentemente necrose tissular, portanto, a intensidade e a duração da pressão são variáveis que influenciam no grau dessas úlceras. Há ainda outros fatores que influenciam o aparecimento destas como: fricção, cisalhamentos, umidade, imobilidade, entre outros. (FREITAS et, 2001; BLANES et al, 2004; COSTA et al, 2005). As UPs são classificadas de 0 a IV, de acordo com a integridade da pele e a profundidade da lesão, e estágio não definido. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2011)

As **úlceras venosas** são lesões em membros inferiores e podem apresentar diversas etiologias, ocorrendo em pacientes com diabetes, insuficiência venosa, insuficiência arterial ou que estão em contato prolongado com superfície rígida. São classicamente encontradas na região compreendida entre o tornozelo e a metade da panturrilha e na porção medial da perna, acima do maléolo medial (BORDA ALDUNATE, 2010).

O **pé diabético** é uma complicação decorrente do descontrole metabólico e da longa evolução da diabetes que contribuem para o desenvolvimento da neuropatia periférica e sensorio-motora, levando a diminuição da sensibilidade dos pés e, conseqüentemente, úlceras. Vários fatores contribuem para as complicações das úlceras, assim como infecções subjacentes e caso não tratadas adequadamente podem evoluir para amputação. (BORTOLETTO, 2009).

Dermatite da área das fraldas engloba um conjunto de dermatoses inflamatórias que abrangem os locais de contato com a fralda: períneo, nádegas, abdômen inferior e coxas. Incluem-se na dermatite da área das fraldas as doenças causadas diretamente pelo uso da fralda, como dermatite irritativa primária da área das fraldas e a dermatite de contato alérgica ao material plástico da fralda; as dermatites exacerbadas pelo uso da fralda e aquelas que ocorrem nessa localização, mas que não tem ligação com seu uso. É resultado da interação de vários fatores. (DUMET FERNANDES, 2008)

“O uso da fralda ocasiona aumento da temperatura e da umidade locais, com conseqüente maceração da pele, que se torna mais susceptível à irritação ocasionada pelo contato prolongado da urina e das fezes. O contato prolongado com a fralda molhada de urina aumenta tanto a permeabilidade da pele a irritantes como o pH do meio, intensificando, então, a atividade de proteases e lípases fecais, que são os maiores agentes de irritação e responsáveis pelas alterações no local.” (AQUINO et al, 2012)

3. JUSTIFICATIVA

Algumas dermatoses têm o poder de influenciar na qualidade de vida e na percepção da autoimagem do idoso, e quando esse necessita de auxílio para o autocuidado, estas lesões de pele podem influenciar, também, as rotinas do cuidador. O aprofundamento do conhecimento sobre as alterações na pele dos idosos, principalmente as mais frequentes, faz-se necessário a fim de agirmos nos fatores de risco que desencadeiam estas lesões de pele. E, somados a isto, é importante a inclusão do exame físico minucioso da pele nas rotinas de avaliação e cuidado, a fim de favorecer a identificação precoce das lesões, o autocuidado e otimizar ações de proteção da pele e de prevenção de lesões nesta população.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

- Identificar por meio de exame físico a ocorrência de alterações prevalentes no sistema tegumentar de idosos

4.2. Específicos

- Identificar fatores de risco para a ocorrência das alterações de pele mais prevalentes entre os idosos
- Verificar a relação entre alterações de pele e as avaliações funcional, cognitiva e nutricional entre os idosos

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal com análise quantitativa.

5.2. Cenário do estudo

O estudo será desenvolvido em um Hospital Universitário do Distrito Federal, na unidade do Centro de Medicina do Idoso (CMI) e Unidade de Clínica Médica.

5.3. População e amostra

A população do estudo será dos idosos que frequentarem os serviços do hospital universitário no CMI e Unidade de Clínica Médica durante o período de coleta de dados, sendo uma amostra de conveniência.

Os critérios de inclusão serão: ter 60 anos ou mais, ser de ambos os sexos e concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1) quando não for possível obter a autorização do idoso devido à presença de alterações cognitivas, será solicitada autorização do cuidador responsável.

5.4. Procedimentos de coleta de dados

Os cuidadores e idosos serão convidados a participar durante os atendimentos já agendados e realizados na rotina do serviço que funcionam em horários e dias de ambulatorios, de segundas as sextas-feiras, de 8h às 18h.

A realização da coleta de dados está organizada em uma única etapa, através de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras (ANEXO 2), onde será feita uma coleta de dados contendo informações pessoais, sociodemográficos e epidemiológicos diretamente com o

idoso, seu cuidador e análise de prontuário. Será realizado exame físico geral e completo do sistema tegumentar (ANEXO 3).

Além disto, serão aplicadas escalas de avaliação geriátrica e gerontológica já validadas na literatura, a saber: escala de KATZ, que avalia a capacidade da realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) e escala de LAWTON, as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; BRASIL, 2006), avaliação do estado nutricional pelo MiniMAN (FREITAS, 2011), avaliação de risco para úlcera por pressão pela escala de BRADEN (BLANES, 2004) (ANEXO 4).

Todas as avaliações serão realizadas em consultório individual a fim de respeitar a privacidade de cada idoso, em todas as etapas o cuidador do idoso será convidado a permanecer junto ao idoso para responder as questões do histórico, bem como auxiliar as pesquisadoras na identificação de lesões.

5.5. Análise dos dados

A análise dos dados será por meio de estatística descritiva, com a elaboração de tabelas de frequência e tabelas de contingência para variáveis qualitativas. Será feita a categorização e transcrição das informações para um codebook, em uma planilha eletrônica que será construída utilizando o programa Excel da suíte Microsoft. Para tratamento e análise dos dados serão utilizados os softwares SPSS versão 18 e o SAS.

5.6. Aspectos éticos

No presente estudo serão consideradas as orientações da Resolução CNS 466/2012, onde todos os sujeitos deste estudo serão convidados a participar da pesquisa e submetidos à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), informando-os sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e os direitos que lhe são assegurados quanto a sua participação voluntária, o sigilo das informações, os riscos e benefícios do estudo, e mediante fazendo anuência do sujeito, constar a assinatura no documento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde sob o protocolo nº16038413.1.0000.0030 de 11 de junho de 2013.

5.7. Avaliação dos riscos e benefícios

Por se tratar de um estudo descritivo observacional, ou seja, com manipulação mínima dos indivíduos, sem intervenções invasivas, os riscos referentes ao trabalho são mínimos e,

caso haja alguma intercorrência durante o processo de coleta de dados, será dada assistência integral por parte da pesquisadora a este idoso ou cuidador, conforme necessidade apresentada. Além disso, será respeitado qualquer sinal de inquietação, irritação ou cansaço durante a aplicação do instrumento individual tanto para o idoso e seu cuidador bem como durante o exame físico do idoso, sendo desconsiderado o instrumento parcialmente aplicado.

6. RESULTADOS

A amostra foi composta por 25 idosos, com média de idade de 74,92 anos, 52% sexo masculino, 56% da cor parda, sendo 36% naturais do Nordeste, 68% eram de alguma região administrativa do DF, 68% católicos, 52% com ensino fundamental incompleto e 52% recebiam somente um salário-mínimo.

A média de medicamentos foi de 9,78 por idoso: o número de Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINES) era de 27; Omeprazol, 20; Antibióticos, 16; e 14, Anti-hipertensivos. Quanto as comorbidades atuais, 14,58% eram hipertensos e 10,42% possuía alguma neoplasia (Tabela 1). A Pressão Arterial Média foi de 79,31.

Tabela 1. Distribuição de comorbidades atuais entre idosos entrevistados. Brasília, DF (n=25)

Comorbidades Atuais	Total idosos	% comorbidades
Doença de Parkinson	2	2,68%
Doença de Chagas	2	2,68%
Osteoporose	4	3,57%
Imobilidade	4	3,57%
DPOC	6	5,36%
Neoplasia	10	12,5%
Demência	5	4,46%
HAS	15	13,4%
Hipotireoidismo	3	2,68%
DAC	2	1,79%
Instabilidade e quedas	2	1,79%

Convulsões	1	0,89%
DM	6	5,36%
Doença Renal	5	4,46%
Problemas TGI	9	8,33%
Oftalmológicos/Orelha	4	4,17%
Respiratórias	5	4,17%
Problemas Urinários	3	3,12%
IAM/AVE	1	0,89%
Pele	3	3,12%
Cabeça/Cérebro	2	2,08%
Outros	10	10,4%
Total	112	100%

Tabela 2. Distribuição das principais queixas entre idosos entrevistados. Brasília, DF (n=25)

Principais Queixas	Total	% queixas
Reações adversas do tratamento medicamentoso	2	6,45%
Preparo para exames	1	3,23%
Dor	11	35,5%
Cansaço	1	3,23%
Fraqueza	1	3,23%
Tontura	1	3,23%
Visão turva	1	3,23%
Tosse	2	6,45%
Febre	1	3,23%
Diminuição do Débito urinário	1	3,23%
Cefaleia	1	3,23%
Prurido	4	12,9%
Sangramento	1	3,45%
Queimação	2	6,45%
Dispneia	1	3,23%

Total queixas	31	100%
----------------------	-----------	-------------

As principais queixas relatadas foram dor (35,48%) e prurido (12,90%). (Tabela 2).

Tabela 3. Distribuição de antecedentes de alterações de pele entre idosos entrevistados. Brasília, DF (n=25)

Antecedentes de Alterações de Pele	Total	% alterações
Não há	9	26,5%
Pele ressecada/descamativa	3	8,82%
Prurido	3	8,82%
Alergia	3	8,82%
Equimoses	1	2,94%
Furúnculo	2	5,88%
Vitiligo	2	5,88%
Manchas	2	5,88%
UP	4	11,8%
CA de pele	3	8,82%
Dermatite	2	5,88%
Total das alterações	34	100%

Os antecedentes de alterações de pele foram UP (11,76%), câncer de pele, pele ressecada/descamativa, prurido, alergias (8,82%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 4. Distribuição de antecedentes de quedas, escores das atividades básicas e instrumentais de vida diária, escore da escala de Braden e índice de massa corporal (IMC) entre idosos entrevistados. Brasília, DF (n=25)

Antecedentes de quedas (últimos 5 anos)	Total	%
0	10	40%
1	6	24%
2 ou mais	9	36%
Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)	Total	%
Dependente	12	48%

Independente	12	48%
Semi dependente	1	04%

Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton)	Total	%
---	--------------	----------

Parcial	15	60%
Independência	8	32%
Dependência Total	2	08%

Escala de Braden	Total	%
-------------------------	--------------	----------

Risco Moderado	3	12%
Risco Mínimo	9	36%
Situação de risco	8	32%
Risco muito alto	1	04%
Alto Risco	4	16%

IMC	Total	%
------------	--------------	----------

<19	4	16%
19≤IMC<21	4	16%
21≤IMC<23	7	28%
≥23	10	40%

Quanto a capacidade funcional nas atividades básicas 48% eram dependentes e para atividades instrumentais, 60% eram parcialmente dependentes. Para o risco de UP 32% apresentaram situação de risco. Pelo IMC 40% tinham valores maiores ou iguais a 23 kg/m² (Tabela 4).

Tabela 4. Alterações mais comuns no exame físico entre idosos entrevistados. Brasília, DF (n=25)

Alterações mais comuns no Exame Físico	Total	%
---	--------------	----------

Couro cabeludo descamativo	5	3,27%
Manchas hiperpigmentadas em face	15	9,80%
Icterícia	2	1,31%
Acne	2	1,31%
Unhas	5	3,27%

Pele ressecada/descamativa	16	10,5%
Púrpura Senil	3	1,96%
Hematoma	4	2,61%
Equimoses	14	9,15%
Manchas hipocromáticas	7	4,58%
Petéquias	12	7,84%
Hiperemia	9	5,88%
Varizes	7	4,58%
Edema	8	5,23%
Onicomicose	1	0,65%
Sujidades	2	1,31%
Pés com rachaduras/fissuras/descamativos	8	5,23%
UP	9	5,88%
Orelhas	4	2,61%
Calor	1	0,65%
Pulso	1	0,65%
Escoriações/lesões	7	4,58%
Outros	11	7,19%
Total	153	100%

Todos os entrevistados tinham pelo menos uma alteração na pele. As alterações mais prevalentes encontradas no exame físico foram: pele ressecada/descamativa (10,36%), manchas hiperocrômicas em região facial (9,8%), equimoses (9,15%); petéquias (7,84%); hiperemia e UPP (5,88%, respectivamente); edema e alterações nos pés (5,23%); manchas hipocrômicas, escoriações/lesões e varizes(4,58%, respectivamente); alterações ungueais e couro cabeludo (3,79%, respectivamente); hematoma e alterações auriculares (2,63, respectivamente%); púrpura senil (1,96%); icterícia, acne, sujidade (1,31%); alterações de calor, pulso, onicomicose (0,65%). O turgor da pele era diminuído em 32% (Tabela 5).

7. DISCUSSÃO

Destaca-se que foram observados que a maioria dos idosos os quais fizeram parte da amostra eram de faixa etária mais jovem com média de idade de 75 anos, com baixa escolaridade e baixa renda, procedentes da região nordeste do país, e que, prevalentemente,

possuíam doenças do aparelho cardiocirculatório como hipertensão arterial e neoplasias, condições que podem estar associadas a situação de saúde atual e a presença de alterações no sistema tegumentar.

No presente estudo foi observada maior concentração de idosos da cor parda com alterações diversas na pele, diferente do que geralmente se observou em outros estudos nacionais. Um estudo com idosos institucionalizados mostrou a prevalência de pelo menos alguma dermatose nesse grupo, sendo a maioria dos entrevistados de etnia branca e do sexo feminino (DINATO et al, 2008).

Em relação a condições sócio sanitárias e saúde de uma população idosa de Minas Gerais, observou-se que a escolaridade é um importante indicador para a identificação socioeconômico da população, pois se relaciona ao acesso a emprego, renda e utilização de serviços de saúde influenciando na apreensão e receptividade a programas educacionais e sanitários (JUNQUEIRA PEREIRA et al, 2010). Os idosos aqui entrevistados tinham em sua maioria ensino fundamental incompleto, o que se caracteriza por possuir menos de 9 anos de escolaridade.

A população brasileira, em 2012, contava com 43,5% dos idosos residindo em domicílios com rendimento mensal por pessoa igual ou inferior a 1 salário-mínimo (IBGE, 2013). Na pesquisa levantou-se que esse percentual é maior que a média nacional. A renda é um fator relevante para idosos já que estão mais sujeitos a doenças, agravos e conseqüentemente mais gastos com a saúde (JUNQUEIRA PEREIRA et al, 2010).

Corroborando com outros estudos (JUNQUEIRA PEREIRA et al, 2010), na população estudada 13,39% dos idosos referiram possuir Hipertensão Arterial Sistêmica, uma doença crônica não transmissível relacionada a hábitos de vida com severas conseqüências caso não seja diagnosticada e manejada de acordo com a necessidade individual.

O alto número de neoplasias pode ser justificado pelo fato de o Hospital Universitário ter um serviço especializado em oncologia sendo que muitos pacientes são hospitalizados na Unidade de Clínica Médica, local da pesquisa, para realizarem procedimentos como quimioterapia e radioterapia e outros exames. Os cânceres mais comuns de pele em idosos são de origem benigna, porém devemos nos atentar as lesões malignas pela sua alta mortalidade (DINATO et al, 2008).

O estudo evidenciou que as alterações mais prevalentes nessa faixa etária é a pele ressecada descamativa, sendo conseqüência da insuficiente hidratação corpórea como um

todo, tendo como fator a diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas (DINATO et al, 2008). A ingestão de líquidos, alimentação saudável, hidratação da pele com hidratantes são fatores que auxiliam em uma pele viçosa, com turgor preservado e conseqüentemente hidratada, evitando prurido e posteriormente lesões por coçadura.

As manchas hiperpigmentadas, caracterizadas pelo aumento de melanina em determinada região, são decorrentes do aumento de produção dessas substâncias pelos melanócitos, sendo importantes na defesa contra exposição a raios UV, potenciais causadores de melanomas (THE LANCET, 2011).

A exposição prolongada ao sol pode causar essa resposta dos melanócitos, no intuito de aumentar a defesa contra esses raios, assim, as células vão se diferenciando em uma progressão geométrica, podendo causar câncer. Por isso, alguns cuidados devem ser direcionadas desde a infância até a velhice como: não se expor por longos períodos ao sol, usar protetor solar, camisetas com mangas compridas e chapéus, não utilizar óleos para banhos de sol (THE LANCET, 2011; MAYER et al, 2012).

As equimoses, causadas pela fragilidade dos capilares e diminuição do tecido subcutâneo, são frequentes em idosos devido à própria característica da pele senescente. São normalmente encontradas nos membros superiores e são denominadas de púrpura senil. Podem ser causadas por pequenos traumas a pele (DINATO et al, 2008).

A escala de Braden constitui um instrumento para avaliar o risco para desenvolver UP, portanto um importante aliado aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, para prevenção dessas lesões. Na pesquisa, 11,76% dos pacientes já desenvolveram UP ao longo da vida e 32% estão em situação de risco. O próprio curso do envelhecimento tegumentar em conjunto com alterações de morbidade interferem no aspecto da pele ficando esta frágil e propensa a ruptura de integridade (BLANES, 2004).

Os medicamentos de uso contínuo, principalmente anti-hipertensivos e analgésicos, podem contribuir para o desenvolvimento de UP reduzindo a sensação de dor e, conseqüentemente, prejudicando a mobilidade, afetando fluxo sanguíneo, diminuindo a perfusão dos tecidos e tornando-os mais suscetíveis à pressão (BLANES, 2004). A porcentagem elevada desses dois tipos de medicamentos no estudo podem se relacionar com os 5,88% de pacientes com UP observados durante o exame físico.

Em um estudo, 77% dos idosos utilizavam pelo menos uma medicação, sendo a maioria anti-hipertensivos, sendo a média de três medicamentos por idoso. A presença da

polifarmácia entre os idosos entrevistados (média de 9,8) é preocupante, pois as alterações do envelhecimento influenciam nas concentrações dos medicamentos e no seu metabolismo no corpo, podendo aumentar a incidência de reações adversas e possíveis iatrogenias (JUNQUEIRA PEREIRA, 2010). O prurido é uma das reações adversas mais comuns entre idosos, sendo que no estudo foi relatado por 12,9% dos idosos, devendo o enfermeiro estar atento se é causado por interação entre medicamentos ou por outras causas (DINATOS, 2008).

O alto número de idosos parcialmente dependentes para as AIVDs pressupõe que este grupo não possui tanta autonomia na realização de atividades que podem determinar se o indivíduo tem capacidade de morar sozinho ou não, utilizar o telefone, cuidar das finanças, fazer tarefas domésticas, etc (SCHNEIDER et al, 2008). A perda da autonomia do idoso em realizar tarefas de baixa complexidade podem causar vulnerabilidade e dependência por parte da família, cuidador ou comunidade (ALVES et al, 2007) podendo refletir nos cuidados com a pele.

As ABVD obtiveram melhores escores, porém mais de 40% obtiveram algum grau de dependência caracterizando dificuldades funcionais em atividades de manutenção da vida ou de autocuidado, como ir ao banheiro, por exemplo. As ABVDs são importantes para o idoso, principalmente quando relacionada a eliminações, alimentação e banho, pois são fatores imprescindíveis para a manutenção de uma boa qualidade de vida (ALVES et al, 2007) e uma pele íntegra e hidratada, diminuindo risco de lesões.

8. CONCLUSÃO

Os achados no estudo evidenciam idosos jovens com baixa escolaridade e baixa renda, naturais da região nordeste, hipertensos e com neoplasias, fatores que podem interferir em alguns hábitos de vida e condição de saúde. O câncer de pele, presença de manchas solares e o fato da pele estar ressecada e descamativa com presença de prurido, demonstra a ausência de cuidados como proteção da pele com uso de medidas de prevenção a exposição a raios solares, como a utilização de roupas e acessórios, o hábito da aplicação de protetor solar, medidas que podem favorecer a diminuição dos sinais e sintomas destas alterações na pele, além da utilização da hidratação da pele diariamente. Identificar estas alterações durante o exame físico da pele em idosos pode ajudar na diminuição de agravos e no controle de sinais e sintomas que podem estar interferindo na qualidade de vida desta população, além de permitir a inclusão de ações de promoção e educação em saúde acerca do sistema tegumentar.

9. CRONOGRAMA DE PESQUISA

Ano 2013 / 2014

Ano	2013									2014								
Mês/Atividade	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Envio de projeto ao comitê de ÉTICA	X																	
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Coleta de dados					X	X	X	X	X	X								
Análise de dados											X	X	X	X				
Apresentação do trabalho final																		X

10. PLANILHA DE ORÇAMENTO

Item	Descrição	Quantidade	Custos (R\$)		Fonte de Recursos
			Unitário	Total	
1. Pessoal da Pesquisa					
• Pesquisador Principal		01			Próprio dos pesquisadores
• Pesquisador Secundário		03			Próprio dos pesquisadores
2. Material de Consumo					
• Papelaria (especificar)	Folhas A4	10 RESMAS	10,00	100,00	Próprio dos pesquisadores
• Material de Escritório	Caneta	10	2,00	20,00	Próprio dos pesquisadores
• Pasta arquivo	Pastas de plástico com elástico e plástico A4 perfurado	4	20,00	80,00	Próprio dos pesquisadores
3. Outras Despesas					
• Material para reprografia	Cópias dos TCLE e Instrumento de coleta de dados	100	0,3	300,00	Próprio dos pesquisadores

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, LC et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Ago 2007.
- AQUINO, AL; CHIANCA, TCM; BRITO, RCS. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):414-24.
- BLANES, L; SILVA DUARTE, I; AUGUSTO CALIL, J; MASAKO FERREIRA, L. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 50, n. 2, Abr. 2004.
- ALDUNATE, JLC; ISAAC, C; LADEIRA, PRS; CARVALHO, VF; FERREIRA, MC. Úlceras venosas em membros inferiores. RevMed (São Paulo). 2010 jul.-dez.; 89(3/4):158-63.
- BORTOLETTO, MSS; HADDAD, MCL; KARINO, ME. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 37-43 jan./abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil. Tabnet. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/morbidade_etaria.pdf. Acesso em: 15 Mar 2013.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006b. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 01 Dez 2013.
- COSTA, MFBNA; CIOSAK, SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun 2010.
- COSTA, MP; STURTZ, G; PEREIRA DA COSTA, FP; CASTRO FERREIRA, M; BARROS FILHO, TEP. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. Acta ortop. bras., São Paulo, v. 13, n. 3, 2005.
- DINATO, SLM et al. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 54, n. 6, Dez. 2008.
- DUARTE, YAO; ANDRADE, CL; LEBRÃO, ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(2): 317-25.
- FERNANDES, JD; MACHADO, MCR; OLIVEIRA, ZNP. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas – Parte I. An Bras Dermatol. 2008;83(6):567-71.

FREITAS, MC; MEDEIROS, ABF; GUEDES, MVC; ALMEIDA, PC; GALIZA, FT; NOGUEIRA, JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011.

FREITAS, VE, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

IBGE, 2013. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em 18 Jul 2014.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. In: Sinopse dos Resultados do Censo 2010. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=&frm=>. Acesso em: 15 mar 2013.

JUNQUEIRA PEREIRA, R; et al. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família (pdf). Rev Med Minas Gerais, 2010; 20(1): 5-15.

LEAL, LS. O papel do Enfermeiro e a Assistência à Pele Íntegra do Idoso. In.: Abordagem Interdisciplinar do Idoso. (org.) MALAGUTTI, W; BERGO, AMA. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010.

MAYER, D; et al. Sun Protection Behaviors of Melanoma Survivors. J Am Acad Dermatol. 2012 January; 66(1): e9–e10. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243970/>. Acesso em 23 Jul 2014.

MOI, RC. *Envelhecimento do Sistema Tegumentar: revisão sistemática da literatura* [Dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

ORIA, RB et al. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, Ago 2003.

PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

SCHNEIDER RH, MARCOLIN D, DALACORTE RR. Avaliação Funcional de idosos. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008. Disponível em <http://www.ufrgs.br/gpat/wp-content/uploads/2013/03/13-Avalia%C3%A7%C3%A3o-funcional-de-idosos.pdf>. Acesso em 24 Jul 2014.

SILVA, CSO et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2010.

SILVA, MAS. Envelhecimento: impacto e desafios para as políticas públicas de saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.

The Lancet. Skin cancer in the USA. The Lancet, [Volume 378, Issue 9802](#), Page 1528, 29 October 2011. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61660-7/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61660-7/fulltext?rss=yes). Acesso em 24 Jul 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, GRUPO DE ESTUDOS EM LESÕES DE PELE (GELP). Protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras por pressão. 2011. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/protocolos/protocolo_gelp.pdf> Acesso em 8 Abr 2013.

ZGIET, J; PEREIRA, MN. Perfil da População Idosa do Distrito Federal. Brasília, set 2012. Disponível em (pdf): www.codeplan.df.gov.br. Acesso em: 15 Mar 2013.

12. ANEXOS

ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - IDOSO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **AVALIAÇÃO DA PELE EM IDOSOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO DISTRITO FEDERAL: CUIDADOS E OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES**, a fim de orientar e melhorar o cuidado com a pele das pessoas idosas e evitar complicações relacionadas a lesões na pele.

O objetivo desta pesquisa é: identificar por meio de exame físico a ocorrência de alterações na pele de idosos. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação será através da resposta a sobre seu estado de saúde e depois faremos um exame físico da pele, sendo tudo isto feito em uma sala reservada aqui no Centro de Medicina do Idoso do HUB no dia de hoje. Além disto, precisamos de sua permissão para avaliar seu prontuário para conhecer as outras doenças que possa ter. Em nenhum momento estas respostas aos questionários ou o exame físico da pele podem lhe trazer incômodos, caso sinta-se desconfortável em responder ou permitir que lhe façamos o exame o (a) senhor (a) pode interromper e desistir de participar a qualquer momento. O tempo estimado para realizarmos a pesquisa é de no máximo 30 minutos.

Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Professora Andréa Mathes Faustino, no Departamento de Enfermagem da UnB, telefone: 3107-1756, no horário: 8h às 18h, de segundas as sextas-feiras.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Andréa Mathes Faustino
Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____ de _____

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO IDOSO

1. Dados pessoais e sociodemográficos:	
Data da coleta:	
Abreviação do nome:	Sexo:
Nascimento:	Idade:
Naturalidade:	Procedência:
Escolaridade:	
Ocupação:	
Religião:	
Etnia:	
Renda (em salários mínimos)	
2. Dados epidemiológicos	
Antecedentes de doença:	
Comorbidades atuais:	
Principais queixas:	
Antecedente cirúrgico:	

B. MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

Escore de triagem (máximo 14 pontos)

12 pontos ou mais normal; 11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição.

<p>A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</p> <p>0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão</p>	<p>B. Perda de peso nos últimos 3 meses</p> <p>0= superior a três quilos 1= não sabe informar 2=entre um e três quilos 3= não perdeu peso</p> <p>D. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?</p> <p>0= não 2= sim</p>
<p>C. Mobilidade</p> <p>0= restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1= deambula, mas não é capaz de sair de casa 2= deambula normalmente</p>	<p>F. IMC (peso/altura²), em Kg/m²</p> <p>0= IMC < 19 1= 19 <input type="checkbox"/> IMC < 21 2= 21 <input type="checkbox"/> IMC < 23 3= IMC <input type="checkbox"/> 23</p>
<p>E. Problemas neuropsicológicos</p> <p>0= demência ou depressão grave 1= demência leve 2= sem problemas psicológicos</p>	

C. Avaliação de Risco para úlcera por Pressão / Escala de Braden

Percepção Sensória	1. Completamente Limitado	2. Muito Limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Constantemente Úmida	2. Muito Úmida	3. Ocasionalmente úmida	4. Raramente Úmida
Atividade	1. Acamado	2. Restrito à cadeira	3. Caminha ocasionalmente	4. Caminha frequentemente
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito Limitado	3. Levemente Limitado	4. Nenhuma limitação
Nutrição.	1. Muito Pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente

<i>Fricção e cisalhamento</i>	1. Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se.	2. Potencial para Problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	3. Nenhum Problema Aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento.	<i>Escores:- situação de risco: escores de 15 a 18 - risco moderado: escores de 13 a 14 - alto risco: escores de 10 a 12 - risco muito alto: escores = 9</i>
				TOTAL DE PONTOS:

ANEXO5.