



Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade

Prevalence and characteristics of lesions in elderly people living in the community

Prevalencia y características de las lesiones en personas mayores que viven en la comunidad

Etienne Duim¹, Felipe Henrique Cardoso de Sá², Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹, Rita de Cassia Burgos de Oliveira¹, Maria Lucia Lebrão²

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile and the characteristics of elderly people with mobility restrictions who are residents in the community and have skin lesions. **Method:** This was an exploratory and descriptive study that was part of the Health, Welfare and Ageing (SABE) study which assessed the presence of skin lesions in a probabilistic sample of elderly people living in the city of São Paulo in relation to factors such as socio-demographic issues, blood biomarkers, health conditions and the use of services. The analysis used the chi-square test with the Rao-Scott correction for complex samples, with a level of significance of 5%. **Results:** In 2010, 20.7% of elderly people with restricted mobility had skin lesions due to this problem. The most common sites of these lesions were the sacral region for both sexes, the scapular region for women and the trochanteric region for men. Older age, multimorbidity and functional impairment were more prevalent among the elderly people with lesions, as well as greater levels of care that were required. Family dysfunction was associated with higher burdens on caregivers, which may affect the quality of care provided. It was observed that elderly people who are priorities for home care do not receive such care adequately. **Conclusion:** The prevalence of skin lesions in the elderly with mobility restrictions living in the community was low; however, these elderly people require special attention, which is not currently being adequately provided. The reorganization of policies and care services appears to be essential.

DESCRIPTORS

Aged; Wounds and Injuries; Skin; Health Services for the Aged; Health Care.

Autor Correspondente:

Etienne Duim
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 –
Cerqueira Cesar
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
etienneduum@usp.br

Recebido: 14/04/2015
Aprovado: 23/07/2015

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população (transição demográfica) é acompanhado pelo aumento na prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (transição epidemiológica) dentre os quais as doenças e lesões de pele⁽¹⁾. Dois são os principais componentes do envelhecimento cutâneo: intrínseco, relacionado à idade e aos fatores genéticos e o extrínseco, relacionado à ação dos fatores externos (exposição solar, agentes químicos e tabagismo) sobre a pele⁽²⁾.

A pele é o órgão mais externo do organismo humano representando 10 a 15% do peso corporal. Ela representa o sistema primário de defesa exercendo múltiplas funções como proteção contra traumas físicos, térmicos, radiação ultravioleta, agentes oxidantes, invasões microbianas, perda de água e proteção imune. Age, ainda, como órgão sensorial e regulador da temperatura corporal. Com o envelhecimento, as estruturas do tecido epitelial sofrem modificações que, associadas às alterações fisiológicas, doenças crônicas, aspectos nutricionais e utilização de medicamentos, tornam esse órgão mais suscetível à ocorrência de feridas ou lesões⁽³⁾.

Várias modificações histológicas cutâneas ocorrem com o envelhecimento. Variações no tamanho, formato e coloração das células da epiderme, diminuição na densidade dos melanócitos (10 a 20% a cada década) resultam em menor proteção contra os raios ultravioletas e na densidade e resposta das células de Langerhans, células efectoras do sistema imune da pele. Na derme ocorre diminuição de densidade por atrofia celular (diminuição de 20% de espessura), diminuição do colágeno (1% ao ano) e alteração na estrutura de suas fibras que se tornam progressivamente desorganizadas, compactas e granulares, modificando a cicatrização da pele do idoso. A progressiva perda de fibras elásticas (em número e diâmetro) com fragmentação e calcificação progressivas altera, por volta da sétima década de vida, a substância fundamental por diminuição de mucopolissacarídeos que alteram adversamente o turgor cutâneo. Como consequência há uma perda progressiva da elasticidade da pele e a necessidade de um maior tempo para retornar à espessura prévia após algum trauma. Também ocorre diminuição de fibroblastos, mastócitos (menor produção de histamina com consequente diminuição da resposta inflamatória local), vasos sanguíneos (progressivamente menor calibre e espessura resultando em palidez e redução da temperatura) e anormalidades nas terminações nervosas. Ocorre, ainda, um decréscimo de cerca de 15% das glândulas sudoríparas, diminuindo a capacidade de transpiração espontânea e diminuição de aproximadamente 23% de sebo cutâneo por década como resultado dos andrógenos gonadais e adrenais⁽¹⁻²⁾.

O fotoenvelhecimento está associado ao envelhecimento extrínseco da pele pela exposição aos raios ultravioleta (UV). Seu principal agente é o raio UV do tipo A com penetração mais profunda e interação com os queratinócitos da epiderme e com os fibroblastos dérmicos. Os raios UV do tipo B, absorvidos na epiderme, estão associados

ao bronzeamento, queimadura solar e fotocarcinogênese. A pele fotoenvelhecida tem por características espessura aumentada, rugas mais profundas, pigmentação irregular, telangiectasias e a presença de lesões de diferentes graus de malignidade⁽¹⁻²⁾.

As causas mais prevalentes das lesões de pele relacionam-se às úlceras por pressão, insuficiência vascular (venosa ou arterial), traumas, restrições na mobilidade (transitória ou permanente) e neuropatias diabéticas⁽⁴⁾, estando seu surgimento relacionado a fatores extrínsecos, como agentes químicos, exposição térmica, pressão externa (tempo dependente), atrito e fricção da pele e, intrínsecos, como diminuição de glândulas responsáveis pela hidratação, alterações estruturais como diminuição da espessura da epiderme e derme e redução das fibras de colágeno e elastina; alterações nas respostas imunológicas e neurológicas como condução nervosa lentificada com implicações na sensibilidade e resposta motora⁽⁵⁾.

Estudos apontam para a alta prevalência⁽⁶⁻⁸⁾ e incidência⁽⁹⁻¹¹⁾ de feridas em pessoas idosas residentes em instituições e durante a internação hospitalar. A prevalência desse tipo de problema em idosos residentes na comunidade é, ainda, pouco explorada. Considerando as alterações cutâneas relacionadas ao avançar da idade, à maior presença de doenças crônicas potencialmente geradoras de lesões e igualmente associadas à maior restrição da mobilidade, é importante a exploração desse tema dado o alto risco potencial associado⁽⁹⁾. Esse risco se torna especial pela característica estar associada ao envelhecimento da população e ao expressivo aumento dos idosos longevos (80 anos e mais), grupo ainda mais suscetível à ocorrência de lesões. Assim, o objetivo desse estudo é descrever o perfil e as características de idosos com restrição de mobilidade, residentes na comunidade e com presença de lesões de pele.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que é parte do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), estudo longitudinal e de múltiplas coortes desenvolvido para traçar as condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de São Paulo. Iniciado em 2000 como uma amostra probabilística de 2143 pessoas (coorte A), de ambos os sexos, com idade igual e superior a 60 anos residentes na comunidade, com acompanhamento em 2006 e 2010. Em cada nova coleta de dados foi introduzida uma nova coorte probabilística de idosos de 60 a 64 anos (coortes B e C). Em todas as ondas os dados foram obtidos por meio de instrumento padronizado com entrevistas realizadas por entrevistadores treinados. Todos os resultados apresentados são ponderados de forma a representar a população idosa do município de São Paulo no ano de interesse. Detalhes metodológicos da pesquisa podem ser obtidos no site www.fsp.usp.br/sabe.

A amostra desse estudo envolve os idosos entrevistados em 2010 (n=1344) pertencentes às coortes A, B e C com restrição de mobilidade (acamados ou cadeirantes)

que referiram a presença de feridas na pele associadas a essa condição. As variáveis consideradas foram: sociodemográficas: sexo, idade e escolaridade; condições de saúde: doenças crônicas referidas (HAS, DM, DPOC, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, neoplasias e doenças articulares); declínio cognitivo (Mini Exame do Estado Mental adaptado⁽¹²⁻¹³⁾); comprometimento funcional (número de atividades de vida diária, instrumentais e básicas, comprometidas); presença de cuidador e frequência de ajuda requerida.

Utilização de serviços de saúde nos doze meses anteriores à entrevista: consultas médicas, serviços de urgência/emergência, hospitalização, atendimento domiciliar e dificuldade referida de acesso aos serviços de saúde e principal motivo.

Localização das lesões de pele: escapular, sacral, patelar, podal, trocântica, calcânea e outros, atentando que um mesmo sujeito poderia ter mais de uma lesão na pele.

Os biomarcadores sanguíneos analisados foram: albumina, hemoglobina, leucócitos e hemoglobina glicada. Os valores de referência seguidos foram aqueles propostos pela *International Society for Laboratory Hematology*, fornecidos pela empresa responsável pela realização dos exames laboratoriais.

Para verificar associação entre as variáveis de interesse e o desfecho binomial, presença ou não de ferida cutânea, utilizou-se análise univariada por meio do teste de qui quadrado com correção de Rao Scott, específico para amostras complexas. A apresentação de dados segundo distribuição percentual e os valores totais serão referentes à representatividade estimada da população de estudo. A análise dos dados foi realizada por meio do software Stata, versão 11.0, utilizando o comando *survey*. O Estudo SABE foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP (ofício COEP/23/10).

RESULTADOS

Em 2010 foram entrevistados 1.344 idosos representando uma população de 1.338.138 pessoas com idade igual e superior a 60 anos residentes no município de São Paulo. Desse total, 2,8% (24.394 idosos) apresentavam mobilidade reduzida, sendo 63,6% acamados e 36,4% cadeirantes. Essa amostra foi, predominantemente, composta por mulheres (56,6%), idade variando entre 60 e 104 anos com mediana de 85 anos. Nesse grupo encontrou-se uma prevalência de 20,7% de lesões na pele correspondente a, aproximadamente, 3.480 dos idosos acamados e 1.579 dos cadeirantes (Tabela 1).

As lesões observadas foram mais prevalentes nas mulheres (23,0%); entre os idosos com idade entre 60-69 anos (30,6%) e 80 anos e mais (27,2%) e entre os analfabetos (35,6%). A ausência de significância estatística pode estar relacionada ao número reduzido de idosos com lesões na comunidade, mas o resultado é representativo na população reforçando os resultados dos estudos que mostram uma prevalência mais elevada em idosos institucionalizados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição (%) dos idosos segundo variáveis sociodemográficas e presença de lesões de pele, município de São Paulo, 2010.

Variáveis	Lesões de pele			p
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)	
Sexo				0,767
Feminino	23,0	77,0	100,0	
Masculino	17,8	82,2	100,0	
Idade				0,286
60-69 anos	30,6	69,4	100,0	
70-79 anos	0,0	100	100,0	
80 anos e +	27,2	72,8	100,0	
Escolaridade				0,371
Analfabeto	35,6	64,4	100,0	
1 a 3 anos	31,0	69,0	100,0	
4 a 7 anos	9,5	90,5	100,0	
8 anos e +	14,2	85,8	100,0	
Total	20,7	79,3		

Fonte: Estudo SABE, 2010

As lesões localizavam-se predominantemente na região sacral (59,3%), para ambos os sexos, característica das úlceras de pressão, seguidas por região trocântica para os homens (45,6%) e região escapular para as mulheres (45,9%).

Observa-se, ainda, que a presença de lesões é mais prevalente entre os idosos com pelo menos uma doença crônica referida (54,7%) e entre aqueles com presença de declínio cognitivo (68,8%). Além disso, elas estão associadas à maior limitação funcional sendo, progressivamente, mais presentes conforme aumenta o comprometimento funcional. A maioria dos idosos com lesão refere a presença de cuidador e requerem auxílio a maior parte do tempo (83,0%) o que, indistintamente, mostra elevado grau de dependência (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição (%) dos idosos segundo condições de saúde referidas e presença de lesões de pele, município de São Paulo, 2010.

Variáveis	Presença de feridas na pele			p
	Sim (%)	Não (%)		
Presença de DCNT*				
Sim	54,7	93,6		0,011
Não	45,3	6,5		
Declínio cognitivo				
Sim	68,8	24,4		0,778
Não	31,2	75,6		
Dificuldade referida no desempenho de AVDs**				
Básicas				
3	-	14,9		
4	-	23,4		0,251
5	48,1	17,1		
6	52	45,4		
Instrumentais				
1 a 2	7,8	13,4		0,583
3 ou mais	92,2	86,6		
Presença de cuidador				
Familiar	83,5	72,7		0,598
Contratado	16,5	27,3		
Frequência da ajuda requerida				
Todo o tempo	83,0	76,0		
Uma vez ao dia	17,0	6,5		0,637
Sempre que pode	-	13,9		
Outros	-	3,6		

Fonte: Estudo SABE, 2010

* Doenças crônicas não transmissíveis

** Atividades de vida diária

Idosos com restrição de mobilidade acabam por apresentar maior comprometimento funcional, tanto para atividades instrumentais, como para aquelas relacionadas com o autocuidado (básicas). Observa-se que idosos com feridas são funcionalmente mais comprometidos (dificuldade em 5 ou 6 atividades básicas e a partir de 2 nas instrumentais). Idosos sem lesões na pele apresentam menor comprometimento funcional (Tabela 2).

Uma vez observada a necessidade de cuidado requerida pelo idoso, buscou-se verificar a relação entre funcionalidade familiar e nível de sobrecarga do cuidador. Observa-se que a funcionalidade do familiar está diretamente relacionada com o nível de sobrecarga (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição (%) dos cuidadores de idosos com restrição de mobilidade segundo funcionalidade familiar e nível de sobrecarga, no município de São Paulo, 2010.

Funcionalidade familiar	Nível de sobrecarga			P valor
	Ausente	Moderada	Grave	
Boa funcionalidade	61,0	13,8	25,2	0,003
Disfunção moderada	-	92,5	7,5	
Disfunção elevada	4,9	-	95,1	

Fonte: Estudo SABE, 2010

Considerando que os idosos desse estudo possuíam restrição de mobilidade, buscou-se conhecer a utilização de serviços de saúde. Verificou-se que todos os idosos com lesões passaram por consulta médica nos doze meses anteriores à entrevista e, a maioria, referiu hospitalização (71,2%) ou procura por serviços de urgência e emergência (46,1%). Menos da metade (47,3%) recebeu atendimento domiciliar sendo o médico o profissional mais referido nesse atendimento. Entre os idosos com lesões, a maioria referiu não ter tido dificuldade no acesso aos serviços (91,4%); no entanto, entre os que referiram tal dificuldade, a totalidade associou com a restrição de mobilidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição (%) dos idosos com lesões de pele segundo utilização de serviços de saúde e dificuldade de acesso referida, município de São Paulo, 2010.

Serviços utilizados nos 12 meses anteriores à entrevista	Presença de lesões de pele		
	Sim (%)	Não (%)	P
Internação hospitalar			
Sim	71,2	50,7	0,405
Urgência/ Emergência			
Sim	46,1	14,9	0,119
Consulta médica			
Sim	100,0	77,3	0,175
Atendimento domiciliar (AD)			
Sim	47,3	57,7	0,649
Profissional de AD			
Médico	87,7	76,0	0,189
Enfermeiro	-	24,0	
Fisioterapeuta	12,3	-	
Dificuldade de acesso			
Sim	8,6	46,6	0,005
Não	91,4	53,4	
Motivo da dificuldade de acesso			
Falta de dinheiro	-	17,5	0,825
Dificuldade locomoção	100,0	43,0	
Serviços ruins	-	20,6	
Outros	-	18,9	

Fonte: Estudo SABE, 2010

Na análise dos biomarcadores verificou-se que os idosos sem lesões apresentaram melhores resultados. Entre os que apresentam lesões verifica-se elevada taxa de concentração de leucócitos (74,4%), biomarcador associado à presença de infecção. A hipoalbuminemia, que pode indicar desnutrição ou mesmo perda de proteína para o exsudato, foi prevalente em 57,0% dos idosos com lesões e a anemia em 83,0% dos mesmos. Foi observada uma distribuição similar dos parâmetros associados ao diabetes entre os dois grupos (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição (%) dos idosos segundo biomarcadores sanguíneos e a presença de lesões de pele, no município de São Paulo, 2010.

Biomarcadores	Valores de Referência*	Presença de lesões de pele		
		Sim (%)	Não (%)	P
Albumina				
Normal	3,5-5,5 g/dL	43,0	69,1	0,308
Alterado	<3,5 g/dL	57,0	30,9	
Hemoglobina				
Normal	12 - 16,5 g/100mL 13,5 - 18 g/100mL	83,0	76,5	0,762
Anemia	<12 g/100mL <13,5 g/100mL	17,0	23,5	
Leucócitos				
Normal	3.550-11.000/uL	25,6	74,6	0,023
Alterado	>11.000/uL	74,4	25,4	
Hemoglobina Glicada				
Normal	<5,7%	23,5	44,4	0,498
Pré-diabético	5,7-6,4%	33,5	13,6	
Diabético	>6,4%	43,0	42,0	

Fonte: Estudo SABE, 2010

*Segundo International Society for Laboratory Hematology

DISCUSSÃO

A feminização da velhice é referida em vários estudos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ por diferentes razões. Observa-se, no entanto, que as mulheres, apesar de viverem mais, não o fazem com melhor qualidade de vida. Foi observado, neste estudo, que a proporção de idosos com restrição de mobilidade é mais prevalente nas mulheres, mantendo relação com a presença de feridas na pele corroborando outro estudo, que descreveu a mulher mais idosa como mais dependente e com maior potencialidade para fragilização, por questões biológicas ou culturais⁽¹⁷⁾.

Destaque deve ser dado à maior proporção de idosos mais longevos com lesões o que mostra sua maior suscetibilidade à ocorrência desse agravo, o que deve chamar a atenção dos gestores dado ser esse o grupo que mais expressivamente cresce na população de idosos. Os idosos longevos, com restrição de mobilidade, dentro do ambiente domiciliar, encontram-se mais comprometidos funcionalmente (no mínimo quatro ABVDs comprometidas) e com maior presença de declínio cognitivo quando comparado a idosos de outros grupos etários (RP=1,59) o que está associado à necessidade de cuidado em tempo integral, proporcionalmente maior para grupo de mais longevos (RP=1,15).

Embora não tenha sido observada significância estatística, chama a atenção a elevada proporção de idosos mais jovens com restrição de mobilidade e lesões o que pode, indiretamente, estar associado a um acompanhamento inadequado de saúde em idades pregressas permitindo o alcance de idades mais longevas com piores condições de saúde. Pensando que pessoas que chegam aos 60 anos, no Brasil, vivem em média mais 17 anos⁽¹⁸⁾, este grupo etário necessitará de cuidados por tempo prolongado, reforçando a necessidade de uma política voltada para os cuidados de longa duração, uma vez que as famílias estão cada vez mais nucleares e a proporção de jovens na população vem diminuindo progressivamente reforçando a questão, cada vez mais premente, sobre quem será o responsável pelo cuidado dos idosos mais dependentes em futuro próximo.

A escolaridade é utilizada em muitos estudos como *proxy* para a condição socioeconômica⁽¹⁹⁾. Neste estudo pode-se verificar que os idosos analfabetos apresentavam mais lesões, o que pode estar associado com piores condições de saúde decorrentes de piores condições pregressas de vida. Neste sentido, podemos voltar atenção para a forma como tal idoso lida com suas condições de saúde e manejo de doenças, seja por questões de noções básicas de saúde e cuidado, ou por questões referentes aos custos relacionados com maior dependência funcional.

As feridas nos idosos residentes na comunidade estão dispostas em regiões de proeminências ósseas, comumente descritas na literatura como regiões associadas às úlceras de pressão^(8,20-21). Este tipo de lesão é comumente encontrada em ambientes hospitalares e institucionais^(7,9-10) onde a restrição de mobilidade pode ser ainda maior. Considerando-se que esses idosos estão em suas casas e são muito dependentes, é necessário pensar na frequência e na qualidade do cuidado oferecido aos mesmos. A alta prevalência de idosos com comprometimentos funcionais é refletida na presença da figura do cuidador e no tempo de cuidado requerido. Nem sempre é possível às famílias, por questões econômicas, a contratação de um cuidador, o que pode estar associado à qualidade da assistência prestada. Idosos com restrição de mobilidade podem necessitar de manejo diferenciado que nem sempre é de conhecimento desse cuidador⁽²²⁻²³⁾. As famílias tendem a auxiliar o máximo que podem mas esse auxílio não é superior a 50% das necessidades apresentadas pelos idosos, reforçando a urgente necessidade de criação de serviços alternativos que possam suprir essas necessidades de cuidado não adequadamente atendidas⁽²⁴⁾.

A funcionalidade familiar é um fator crucial para que o cuidado ocorra de forma mais estruturada, minimizando a sobrecarga do cuidador. Foi possível verificar que cuidadores inseridos em famílias disfuncionais estão relacionados a idosos mais comprometidos e com lesões que demandam mais atenção, o que tem como consequência direta um maior nível de sobrecarga que poderá influenciar a qualidade do cuidado prestado.

A busca por serviços de maior complexidade pode ser reflexo da menor reserva funcional dos idosos mais dependentes. O monitoramento contínuo de suas condições de saúde é necessário dado ser importante evitar, ao máximo,

sua hospitalização ou institucionalização, uma vez que o ambiente institucional é associado ao risco aumentado para desenvolvimento de infecções, em especial no caso da presença de lesões⁽⁸⁾, acrescido dos riscos secundários às internações, como deterioração da capacidade funcional e declínio cognitivo, incontinência, desnutrição e até mesmo o óbito⁽²⁵⁾.

Observa-se que o acompanhamento clínico, mediante realização de consultas médicas, é pleno para esse grupo, mostrando a preocupação da família com seu atendimento. Por outro lado, a organização da rede assistencial mostra-se falha dada a menor presença de atenção domiciliar ao grupo que mais necessita da mesma. É ainda mais preocupante o fato de a proporção de atendimento aos idosos com lesões ser ainda menor, trazendo à tona as diretrizes relacionadas à priorização de atendimento na comunidade. Quando da análise dos profissionais envolvidos no atendimento prestado, é surpreendente a ausência do cuidado de enfermagem no âmbito domiciliar, ausência esta que pode se refletir no manejo da condição crônica da lesão apresentada conforme defendida em diferentes estudos⁽²⁶⁻²⁷⁾. O enfermeiro, dentro da equipe de saúde, é o profissional mais qualificado para acompanhar a evolução clínica de feridas e orientar os cuidados adequados para com as mesmas⁽²⁶⁻²⁷⁾ reforçando a importância da reestruturação dos serviços.

Com relação aos biomarcadores verifica-se que a albumina não só aponta para quadro de desnutrição e perda proteica para exsudato, mas, estudo prévio⁽²⁸⁾ mostrou que a hipoalbuminemia constitui um fator de risco para desenvolvimento de úlceras de pressão. Assim, cerca de 31% dos idosos sem lesões encontram-se em risco. Os leucócitos constituem biomarcadores importantes para quadros infecciosos dado que o idoso nem sempre apresenta sinais clínicos precoces ou típicos dos mesmos. Os valores alterados de leucócitos encontrados podem estar associados à presença de processos infecciosos, associados ou não às lesões, mas que necessitam ser adequadamente monitorados, investigados e tratados, o que não parece estar sendo realizado, segundo os resultados observados.

CONCLUSÃO

O presente estudo aponta para a heterogeneidade do envelhecer na comunidade e como idosos com maior comprometimento inspiram maiores cuidados. Estar restrito ao leito ou à cadeira de rodas dentro do ambiente domiciliar não reflete apenas as condições de saúde do idoso, mas as relações destas com a dinâmica domiciliar. A prevalência de lesões cutâneas em idosos domiciliares não é elevada como a comumente encontrada em idosos institucionalizados. Ela é predominante nos grupos etários mais longevos, com multimorbidade e comprometimento funcional. O fato de idosos mais jovens já apresentarem restrição de mobilidade com lesões chama a atenção pois indica uma pior condição de envelhecimento da população. O posicionamento dessas lesões aponta para a possibilidade de as mesmas serem reflexo da restrição de mobilidade associada à limitação de cuidados oferecidos possivelmente por impossibilidade ou restrição familiar mostrando a urgente necessidade de reor-

ganização assistencial, o que é reforçado pela inadequação dos serviços prestados a esse grupo, considerado mais prioritário na atenção de cuidados de longa duração.

O panorama geral desta população, especificamente, expõe a necessidade de acompanhamento ativo de ido-

sos comunitários com restrição de mobilidade, tanto no intuito de alertar os responsáveis pelos cuidados básicos que estes idosos inspiram, além de planejar o cuidado da saúde e minimização de riscos e danos consequentes à condição de restrição.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil e as características de idosos com restrição de mobilidade, residentes na comunidade e com presença de lesões de pele. **Método:** Estudo exploratório e descritivo, parte do Estudo SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento que avaliou a presença de lesões de pele em uma amostra probabilística de idosos residentes no município de São Paulo segundo aspectos sociodemográficos, biomarcadores sanguíneos, condições de saúde e utilização de serviços. A análise utilizou o teste de qui-quadrado com correção de Rao-Scott para amostras complexas com nível de significância de 5%. **Resultados:** No ano de 2010, 20,7% dos idosos com restrição de mobilidade apresentavam lesões na pele em decorrência desse problema. Os locais mais frequentes foram região sacral para ambos os sexos, escapular para mulheres e trocanteriana para homens. Idade mais avançada, multimorbidade e comprometimento funcional foram mais prevalentes entre os idosos com feridas, assim como a maior frequência de cuidado requerido. A disfuncionalidade familiar mostrou-se associada à maior sobrecarga do cuidador que pode refletir na qualidade do cuidado prestado. Observou-se que esses idosos que são prioritários para a atenção domiciliar não a recebem adequadamente. **Conclusão:** A prevalência de lesões de pele em idosos com restrição de mobilidade na comunidade é baixa, no entanto requerem atenção diferenciada e essa não está sendo adequadamente oferecida. A reorganização das políticas e serviços assistenciais mostra-se essencial.

DESCRIPTORES

Idoso; Ferimentos e Lesões; Pele; Serviços de Saúde para Idosos; Atenção à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil y las características de las personas mayores con limitaciones de movilidad, residentes en la comunidad y con la presencia de lesiones en la piel. **Método:** Un estudio exploratorio y descriptivo, parte del Estudio SABE – Salud, Bienestar y Envejecimiento para evaluar la presencia de lesiones en la piel en una muestra probabilística de personas mayores que viven en la ciudad de São Paulo por características sociodemográficas, biomarcadores sanguíneos, condiciones de salud y uso de los servicios. El análisis utilizó la prueba de chi cuadrado con corrección de Rao-Scott para muestras complejas con nivel de significación de 5%. **Resultados:** En 2010, el 20,7% de los viejos con limitaciones de movilidad tenía lesiones en la piel debido a esto. Los sitios más comunes fueron la región sacra para ambos sexos, escapular para mujeres y del trocánter para hombres. Edad avanzada, multimorbidades y deterioro funcional fueron más frecuentes entre las personas mayores con heridas, así como una mayor necesidad de atención. La disfunción familiar se asoció con una mayor carga de los cuidadores que pueden afectar a la calidad de la atención prestada. Se observó que estas personas mayores que son prioritarios para la atención domiciliar no la reciben correctamente. **Conclusión:** La prevalencia de lesiones de la piel en personas mayores con limitaciones de movilidad en la comunidad es baja, sin embargo, requieren una atención especial y esa no se está proporcionando adecuadamente. Una reorganización de las políticas y servicios de bienestar es esencial.

DESCRIPTORES

Anciano; Heridas y Traumatismos; Piel; Atención a la Salud; Servicios de Salud para Ancianos.

REFERÊNCIAS

1. Norman RA. 100 Questions and answers about aging skin. Sudbury: Jones and Barlett; 2010.
2. Brandão AR, Brandão TCR. Envelhecimento cutâneo. In: Py L, Freitas EV, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1195-202.
3. Harris MINC. Pele-estrutura, propriedades e envelhecimento. São Paulo: Senac; 2009.
4. Margolis DJ, Bilker W, Santanna J, Baumgarten M. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. J Am Acad Dermatol. 2002;46(3):381-6.
5. Bitsch M, Laursen I, Engel AM, Christiansen M, Larsen SO, Iversen L, et al. Epidemiology of chronic wound patients and relation to serum levels of mannan-binding lectin. Acta Derm Venereol. 2009;89(6):607-11.
6. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract. 2007;13(2):227-35.
7. 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. 2011;32(1):143-50.
8. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. REME Rev Min Enferm. 2004;8(2):316-20.
9. Marini MFDV. Úlceras de pressão. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 981-92.
10. Luz SR, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Úlcera de pressão. Geriatr Gerontol. 2010;4(1):36-43.

11. De Souza DMST, de Gouveia Santos VLC. Incidence of pressure ulcers in the institutionalized elderly. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(3):272-6.
12. Icaza MG, Albala C. Minimental State Examinations (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. Washington: OPAS; 1999.
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
14. Quadros Junior AC, Santos RF, Lamonato ACC, Toledo NA, Coelho FGM, Gobbi S. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. *Braz J Biomotr.* 2008;2(1):39-50.
15. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(4):777-94.
16. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul.* 2006;23(1):5-26.
17. Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRS. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(4):464-9.
18. Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
19. Batará RB, Werneck GL. Observação e registro de fenômenos epidemiológicos (tempo, espaço, indivíduos e populações). In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 127-49.
20. Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Manage.* 2008;54(2):40-54.
21. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(3):523-30.
22. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):861-6.
23. Marques MJF, Teixeira HJC, Souza DCDBN de. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trab Educ Saúde.* 2012;10(1):147-59.
24. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(5-6):370-8.
25. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med.* 1996;156(6):645-52.
26. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):111-8.
27. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):29-34.
28. Anthony D, Rafter L, Reynolds T, Aljezawi M. An evaluation of serum albumin and the sub-scores of the Waterlow score in pressure ulcer risk assessment. *J Tissue Viability.* 2011;20(3):89-99.