



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
NÍVEL MESTRADO**

JOSEFA DANIELMA LOPES FERREIRA

**ESTADO NUTRICIONAL E RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR
PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

JOÃO PESSOA – PB

2015

JOSEFA DANIELMA LOPES FERREIRA

**ESTADO NUTRICIONAL E RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR
PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

**JOÃO PESSOA - PB
2015**

JOSEFA DANIELMA LOPES FERREIRA

**ESTADO NUTRICIONAL E RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR
PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Aprovada em 26 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof^o. Dr^o. Alexsandro Silva Coura - Examinador
(Universidade Estadual da Paraíba – UEPB)

Prof^a. Dr^a. Simone Helena dos Santos Oliveira - Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof^a. Dr^a. Mirian Alves da Silva– Suplente
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof^a. Dr^a. Marta Miriam Lopes Costa - Suplente
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

**JOÃO PESSOA - PB
2015**

F383e Ferreira, Josefa Danielma Lopes.

Estado nutricional e risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados / Josefa Danielma Lopes Ferreira.- João Pessoa, 2015.

109f. : il.

Orientadora: Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Enfermagem - idosos - cuidados.
2. Idosos institucionalizados - estado nutricional. 3.

Dedicatória

À minha mãe, Maria Lopes Ferreira (Ednoia), que além de ser o grande amor da minha vida é a mulher mais guerreira do mundo, minha inspiração, minha vida. Muito obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Principalmente a **Deus, Pai Todo Poderoso**, que tem me ajudado a suportar os momentos difíceis, dando-me forças para eu ter a certeza de que maior que o sofrimento e a cruz é a minha vontade de vencer;

A **Nossa Senhora de Fátima**, Mãe Misericordiosa, por me amparar e me consolar nas aflições, e no que não pude resolver, confortando meu coração e me ajudando a seguir lutando;

Ao meu pai, **Djaci Leite Ferreira** (In memoriam), pelos momentos felizes que vivemos juntos. Entendo que não pode estar fisicamente comigo nessa caminhada, mas é o meu anjo protetor e sempre estará comigo. Eternas saudades. Amo você.;

A minha mãe, **Maria Lopes Ferreira**, por ter enfrentado diversas dificuldades para ajudar a realizar meus sonhos, e por ser uma mãe maravilhosa. Amo você.;

As minhas irmãs, **Dandara, Dalylla e Renata**, que sempre foram os meus maiores estímulos para continuar na luta e vencer;

As minhas tias, **Damiana e Fátima**, que, em muitos momentos, foram como uma mãe, me apoiando e estimulando nessa caminhada. Muito Obrigada!;

A minha família, em especial, os primos, **Arlinda, Paulinho, Danúbia, Claudinho e Naide**, por todo o apoio;

À **Prof^a Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares**, pelas oportunidades acadêmicas e profissionais, fazendo-me crescer a cada dia. Obrigada.

Aos **Professores Alexsandro Coura e Simone Helena**, pelas contribuições dadas a este estudo;

Ao **Prof^o João Aginaldo**, pelas contribuições e as análises estatísticas;

Aos amigos, família que conquistei ao longo dos anos, **Tatianna, Ricardo, Airton, Taysa, Ivomara, Jane, Jalman, Bruna, Carla Lidiane, Patrícia, Vanessa, Pablo, Jerônimo, Gabrielly, Jaqueline, Alan, Luanna, Angeline, Keylla, Thércio, Wanessa e Analine**, sempre me estimulando e acreditando em mim quando eu mesma não acreditei. Muito obrigada!

À irmã que a vida me deu, **Carla Lidiane**, por todos os momentos bons e ruins, pelas vitórias, pelas muitas lágrimas consoladas, pela oportunidade de continuar estudando quando quis desistir, por acreditar sempre que eu sou grande, por ser o meu alicerce e fortaleza nos momentos de desespero. Muito obrigada por tudo! Sem você eu não conseguiria. Muito obrigada! Amo você!

Ao meu irmão do coração, **Jalman de Lima**, que, muitas vezes, foi meu pai, meu parceiro, amigo, companheiro e quem plantou a semente desse sonho em mim. A você devo muito. Muito obrigada! Amo você!

À melhor amiga, irmã, cúmplice, **Jaqueline Oliveira**, sempre me apoiando, ajudando a realizar meus sonhos, lutando comigo, meu colo de consolo, o conselho sincero. Foram tantos momentos juntas nesses anos de amizade, nunca agradecerei o bastante. Muito obrigada! Amo você!

A **Tatianna Geissy**, amiga-irmã, conselheira, sincera e acima de tudo uma fortaleza. Essa conquista é também sua e sem seu apoio não teria chegado tão longe. Muito obrigada! Amo você!

Aos **colegas do PPGENF-UFPB**, em especial, **Flávio Brito, Patrícia Simplicio, Keylla Fernandes, Luanna Braga, Fabiana Rodrigues, Karen Brito, Suellen de Matos, Jackeline Kércia, Vanessa Melo**, por serem grandes amigos, companheiros e facilitadores nos momentos de desespero;

A minha **turma de Mestrado**, por compartilhar as alegrias e as angústias do curso, somando forças para a conclusão de cada etapa;

A **Nathali Costa**, por toda a paciência e o carinho. Grande ser humano e profissional. Obrigada!

Aos funcionários da UFPB, **Seu Ivan, Seu Marcos e Francisca**, por todo o apoio e atenção;

À **Coordenação do Programa**, na pessoa da **Prof^a Jordana de Almeida Nogueira**, por sua postura ética e humana. Por toda a atenção e respeito despendidos no decorrer do Mestrado, pelos conselhos e abraços. Muito obrigada!

Aos Professores da Graduação em Enfermagem, **Cleide Rejane, Auxiliadora, Iolanda Bezerra, Rosa Valéria, Marta Miriam, Davi Antas, Wilma de Fontes, Anna Rosa, Ana Paula Marques, Lenilde de Sá e Maria de Lourdes**, por todos os ensinamentos e contribuições na minha formação. Vocês são meus modelos de profissionais. Obrigada!

À estimada **Prof^a Dr^a Wilma Dias de Fontes**, por todo o apoio na graduação e na concretização desse sonho, sempre com um olhar e abraço fraternal. Sempre repetirei o quanto sou grata e nunca será suficiente. Muito obrigada!

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro;

Aos **idosos** que participaram deste estudo, guardarei sempre o olhar de carinho e afeição, Este estudo só foi possível por causa de vocês. Obrigada!

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção deste trabalho, guardo-os no meu coração. Muito obrigada!

“Assim eu vejo a vida... A vida tem duas faces: Positiva e negativa. O passado foi duro, mas deixou o seu legado. Saber viver é a grande sabedoria. Que eu possa dignificar minha condição de mulher, aceitar suas limitações e me fazer pedra de segurança dos valores que vão desmoronando. Nasci em tempos rudes. Aceitei contradições, lutas, pedras como lições de vida e delas me sirvo. Aprendi a viver.”

Cora Coralina

RESUMO

FERREIRA, Josefa Danielma Lopes. **Estado nutricional e risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados**. 2015. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: A população brasileira vem envelhecendo em ritmo crescente, principalmente nas últimas décadas. A alimentação adequada e a boa nutrição são fatores essenciais para melhorar a vida das pessoas idosas. O estado nutricional inadequado afeta todo o sistema corporal e pode levar a perda de peso, atrofia muscular e redução da massa tecidual, além de ser um dos fatores mais relevantes na etiologia das úlceras por pressão (UPP), que atuam em sua patogênese e em sua cicatrização. **Objetivo:** Determinar a associação entre a classificação do estado nutricional e os escores de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de base populacional e abordagem quantitativa, desenvolvido em instituições de longa permanência para idosos do município de João Pessoa/PB, Brasil. A população foi composta de 321 idosos. Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2013. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Braden e a Miniavaliação Nutricional (MAN). Para a análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas, percentuais e empregadas técnicas de estatística inferencial, analisadas pelo SPSS versão 20.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, segundo o Prot. nº 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. **Resultados:** Dos 321 idosos pesquisados, 243 (75,7%) eram do sexo feminino, com idade média de 81,09 anos. O tempo médio de institucionalização correspondeu a 62,21 meses, aproximadamente cinco anos. Segundo a avaliação do estado nutricional pela MAN®, 127 (39,6%) estavam em risco de desnutrição, e 101(35,5%), desnutridos. Na triagem da MAN, 247(77%) referiram não ter diminuído a ingesta, 171(53,3) não apresentaram perda de peso, e 88 (27,4%) não souberam informar. Em relação aos problemas neuropsicológicos, 100 (31,2%) apresentavam demência leve, e 78 (24,3%), demência ou depressão grave; 103 (32,1%) estavam restritos ao leito ou à cadeira de rodas, e 69 (21,5%) deambulavam. A associação entre a escala de Braden e a MAN foi mostrada estatisticamente através do teste Qui-Quadrado, com $p < 0,005$. De acordo com os testes de regressão logística, o idoso com estado nutricional em risco de desnutrição ou desnutrido tem mais chances de desenvolver UPP do que os que têm estado nutricional adequado. **Conclusão:** Idosos que apresentam risco de desenvolver úlcera por pressão podem ser identificados precocemente, através da avaliação nutricional, já que o risco de desenvolver UPP pode estar diretamente correlacionado à desnutrição. Assim, é fundamental estabelecer programas de prevenção em instituições de longa permanência para idosos que subsidiem as intervenções da equipe multidisciplinar de saúde, visando controlar os fatores de risco, incluindo-se os parâmetros nutricionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Idoso. Estado nutricional. Úlcera por pressão.

ABSTRACT

FERREIRA, Josefa Danielma Lopes. **Nutritional status and risk of developing pressure ulcers in institutionalized aged individuals.** 2015. 109f. Dissertation (Master of Science in Nursing) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introduction: The Brazilian population is aging at an increasing rate, especially in recent decades. Adequate food and good nutrition are essential to improve the lives of older people. Inadequate nutritional status affects the entire body system and can lead to weight loss, muscle atrophy and reduced tissue mass, and it is one of the most important factors in the etiology of pressure ulcers (PU), acting in its pathogenesis and its healing. **Objective:** To determine the association between the nutritional status classification and the risk scores for pressure ulcer development in institutionalized elderly. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional, population-based study, of quantitative approach, performed in long term care facilities for seniors in the city of João Pessoa / PB, Brazil. The population consisted of 321 elderly. Data were collected from January to December 2013. The Braden Scale and the Mini-Nutritional Assessment (MNA®) were used as instruments. Concerning the data analysis, absolute distribution and percentage were obtained, and inferential statistical techniques were employed, finally analyzed by SPSS version 20.0. The study was approved by the Committee on Ethics in Research of the Health Sciences Center/UFPB, according to Prot. n. 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. **Results:** 243 (75.7%) of the 321 surveyed elderly were female, mean age of 81.09 years old. The average time of institutionalization corresponded to 62.21 months, about five years. According to the assessment of nutritional status by MNA®, 127 (39.6%) were at risk of malnutrition and 101 (35.5%) were malnourished. In the screening by MNA, 247 (77%) reported not having decreased their intake, 171 (53.3) showed no weight loss and 88 (27.4%) did not know. Regarding neuropsychological problems, 100 (31.2%) of them had mild dementia, and 78 (24.3%) presented dementia or severe depression; 103 (32.1%) were bedridden or used wheelchair, and 69 (21.5%) could walk. The association between the Braden Scale and the MNA was demonstrated statistically by the chi-square test, $p < 0.005$. According to the logistic regression tests, the elderly with nutritional status at risk of malnutrition or malnourished are more likely to develop PU than those with adequate nutritional status. **Conclusion:** Senior citizens at risk of developing pressure ulcers can be identified early, through nutritional assessment, since the risk of developing PU can be directly correlated to malnutrition. It is essential, therefore, to establish prevention programs in long term care facilities for the aged to subsidize the interventions of the multidisciplinary health team in order to control risk factors, including nutritional parameters.

KEYWORDS: Nursing. Aged. Nutritional status. Pressure ulcers.

RESUMEN

FERREIRA, Josefa Danielma Lopes. **El estado nutricional y el riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos institucionalizados**. 2015. 109f. Disertación (Master en Ciencias de Enfermería) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introducción: La población brasileña está envejeciendo a un ritmo creciente, sobre todo en las últimas décadas. Una alimentación adecuada y una buena nutrición son esenciales para mejorar la vida de las personas mayores. El estado nutricional inadecuado afecta a todo el sistema del cuerpo y puede llevar a la pérdida de peso, atrofia muscular y a la reducción de masa de tejido y es uno de los factores más importantes en la etiología de las úlceras por presión (UPP), actuando en su patogenia y su cicatrización. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la clasificación del estado nutricional y las puntuaciones de riesgo de desarrollo de úlceras por presión en ancianos institucionalizados. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo, transversal, basado en la población, con enfoque cuantitativo, desarrollado en centros de atención a largo plazo para las personas mayores en la ciudad de João Pessoa/PB, Brasil. La población fue constituida por 321 ancianos. Los datos fueron colectados de enero a diciembre de 2013. Los instrumentos utilizados en la coleta fueron la Escala de Braden y el test Mini-Nutritional Assessment (MNA®). Para el análisis de los datos, fueron obtenidas distribuciones absolutas, porcentajes y técnicas estadísticas inferenciales fueron empleadas, analizados por el programa SPSS versión 20.0. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Pesquisa del Centro de Ciencias de la Salud/UFPB, según protocolo n.0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. **Resultados:** De los 321 mayores, 243 (75,7%) eran mujeres, la media de edad fue 81,09 años. El tiempo medio de institucionalización correspondió a 62,21 meses, aproximadamente cinco años. De acuerdo con la evaluación del estado nutricional por MNA®, 127 (39,6%) estaban en riesgo de desnutrición y 101 (35,5%) estaban desnutridos. En la triaje de MNA, 247 (77%) informaron no tener disminución de la ingesta, 171 (53,3) no mostraron pérdida de peso y 88 (27,4%) no sabían. En cuanto a problemas neuropsicológicos, 100 (31,2%) tenían demencia leve y 78 (24,3%) tenían demencia o depresión grave; 103 (32,1%) estaban postrados en cama o usaban silla de ruedas y 69 (21,5%) conseguían andar. La asociación entre la Escala de Braden y la MNA se ha demostrado estadísticamente mediante la prueba chi-cuadrado, $p < 0,005$. De acuerdo con los testes de regresión logística, los ancianos con estado nutricional en riesgo de desnutrición o desnutridos son más propensos a desarrollar UPP que aquellos con un estado nutricional adecuado. **Conclusión:** Las personas mayores que están en riesgo de desarrollar úlceras por presión pueden ser identificadas temprano, a través de la evaluación nutricional, ya que el riesgo de desarrollar UPP se puede correlacionar directamente a la desnutrición. Por lo tanto, es esencial establecer programas de prevención en los centros de atención a largo plazo para las personas mayores, para subsidiar las intervenciones del equipo de salud multidisciplinario con el fin de controlar los factores de riesgo, incluyendo parámetros nutricionales.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Anciano. Estado nutricional. Úlceras por presión.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJ	Altura do Joelho
ASPEN	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
CB	Circunferência do Braço
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CP	Circunferência da Panturrilha
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EIAVD	Escala de Independência em Atividades da Vida Diária
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
GEPEFE	Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MEEN	Mini Exame do Estado Mental
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PCSE	Prega cutânea Subescapular
PIBIC	Pograma Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPP	Úlcera por Pressão
WOCNS	Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Mapa Conceitual sobre as etapas da coleta de dados. João Pessoa – PB, 2015. 39
- Figura 2** Análise de correspondência para o cruzamento das classificações da Mini Avaliação Nutricional e Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2015. 63

LISTA DE TABELAS

Artigo Original I

Tabela 1	Distribuição da amostra segundo sexo, faixa etária e tempo de institucionalização. João Pessoa-PB, 2015.	50
Tabela 2	Apresentação da população segundo a triagem da Mini avaliação nutricional. João Pessoa-PB, 2015.	51
Tabela 3	Apresentação da população segundo Avaliação Global da Mini Avaliação Nutricional. João Pessoa-PB, 2015.	52

Artigo Original II

Tabela 1	Distribuição da amostra segundo avaliações de risco. João Pessoa-PB, 2015.	62
Tabela 2	Distribuição conjunta para a classificação Nutricional e de Braden. João Pessoa-PB, 2015.	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	O Envelhecimento e o desenvolvimento de Úlcera por Pressão	25
3.1.1	Escala de Braden	27
3.2	Estado nutricional e a úlcera por pressão	29
3.2.1	Mini Avaliação Nutricional	31
3.3	Instituições de Longa Permanência para Idosos	33
4	MATERIAL E MÉTODOS	36
4.1	Delineamento do estudo	36
4.2	Local do estudo	36
4.3	População	37
4.4	Instrumentos de procedimentos de coleta de dados	37
4.4.1	Instrumento de coleta de dados	37
4.4.2	Coleta dos dados	38
4.5	Análise dos dados	42
4.6	Considerações éticas	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	Artigo original I	45
5.2	Artigo original II	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	78
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e individual, que ocasiona uma série de mudanças fisiológicas, metabólicas, anatômicas, sociais e psicológicas, que se manifestam em mudanças estruturais e funcionais.¹ O envelhecimento da população mundial é uma tendência do comportamento demográfico iniciada nos países desenvolvidos, após o crescimento econômico e industrial que vem influenciando as transformações epidemiológicas populacionais.²

Segundo o Censo Demográfico 2010, a população brasileira é de 190.755.799 habitantes. Desse total, 7,4% representam a faixa etária de 65 anos ou mais.³ Segundo projeções, em 2025, o Brasil poderá se tornar o sexto país com o maior número de indivíduos na faixa etária dos 60 anos ou mais, representando 13% da população total.⁴

Na Constituição Brasileira e no Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003), está expresso que o apoio e o cuidado voltado para as pessoas idosas são de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, que devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e seu bem-estar, assim como garantir o seu direito à vida.⁵⁻⁶ Entretanto, nem todos os idosos têm um suporte familiar adequado, o que leva ao aumento do número de instituições que prestam cuidados a essa população, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Acredita-se, por outro lado, que a oferta não seja suficiente para atender à demanda existente, devido ao considerável quantitativo de idosos abandonados nos hospitais, nas ruas ou que vivem em cárceres privados em seus domicílios.⁷

Registros indicam que a institucionalização já chega a 0,8% da população idosa, está associada a problemas de ordem familiar e representa um dos principais fatores que contribuem para aumentar as fragilidades e as incapacidades físicas e funcionais nesse grupo etário.² No Brasil, estima-se que 1% da população idosa resida em ILPI. Esse número é inferior ao que é descrito nos países desenvolvidos, como o Japão e a Alemanha, que apresentam 2% e 3,5%, respectivamente, de idosos institucionalizados, um número relativamente baixo, comparado com a alta expectativa de vida desses países.⁷⁻⁸

Os idosos institucionalizados, não raras vezes, apresenta comprometimento em sua capacidade funcional, condições de grande fragilidade e necessita de

cuidados de enfermagem,⁹ além de patologias e complicações crônicas com uma frequência elevada, entre elas, destacam-se as úlceras por pressão (UPP).

A UPP é uma das complicações possíveis de ocorrer em pessoas em situação de fragilidade, principalmente naquelas com restrição de mobilidade física e idade avançada. Constituem-se como preocupação dos profissionais de saúde inseridos tanto no contexto hospitalar quanto nas ILPI, em virtude da necessidade de prevenir a ocorrência desse tipo de lesão e evitar suas complicações.¹⁰

As UPP são lesões que surgem em resposta à falta de irrigação adequada à pele que recobre a proeminência óssea nas zonas em que foi comprimida, friccionada ou arrastada contra uma cama, uma cadeira de rodas, uma tala ou outra estrutura rígida durante período prolongado. Esses tipos de lesão, mais comuns em pacientes acamados, representam grande ameaça ao idoso, pois, além de causar desconforto, geram uma série de distúrbios ao organismo, como a perda significativa de proteínas orgânicas, fluidos e eletrólitos. Isso pode levar a um quadro de debilidade progressiva, com conseqüente baixa na resistência imunológica, o que pode possibilitar a entrada de microrganismos nocivos.¹¹

É caracterizada por quadro doloroso, associado a outras complicações, com custo emocional e financeiro muito alto. Alguns fatores de risco para a ocorrência de UPP são: doenças crônicas, imobilidade, uso de algumas drogas, como corticoides, idade, incontinência urinária ou fecal, que leva à umidade local, atrito ou força de fricção, comorbidades relacionadas a gasto metabólico elevado e deterioração do estado nutricional. Nesse sentido, a avaliação do estado nutricional tanto na prevenção quanto no tratamento das UPP é relevante e tem impacto no controle das demais comorbidades.¹²⁻¹³

O estado nutricional deficiente é um dos primeiros fatores que interferem no aparecimento da UPP por causar anemia e reduzir o oxigênio dos tecidos, o que contribui para diminuir a tolerância tissular a pressão. As UPP desenvolvem-se mais rapidamente e são mais resistentes ao tratamento em indivíduos que apresentam distúrbios nutricionais.¹⁴ Entre as estratégias de prevenção de UPP, estão a capacidade dos profissionais de reconhecerem os clientes em risco para o desenvolvimento de UPP e a avaliação do estado nutricional.

Devem-se valorizar as necessidades proteico-energéticas, as preferências individuais e a hidratação. Pacientes com restrições de movimento e algum grau de dependência também necessitam de orientação e de medidas de suporte da equipe

de saúde ou familiar, principalmente os idosos.¹⁵ Como as proteínas nutrientes estão relacionadas ao sistema imunológico e aos integrantes dos tecidos corporais, a presença de desnutrição proteica por deficiência nutricional acarreta lesões de pele e de músculo e dificultam o processo de reparação de tecidos lesados. A deficiência de vitaminas interfere no processo de cicatrização, e a síntese de colágeno e de elastina diminui, ocasionando mais prejuízo aos portadores de doenças crônicas. Portanto, a avaliação do estado nutricional do cliente é essencial para a obtenção de dados relacionados ao risco de integridade diminuída da pele.¹⁶

Muitos profissionais da área de saúde apontam, na prática diária, a desnutrição como um dos principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de UPP. Eles asseveram que a UPP é um expoente da fragilidade interna e têm observado que pacientes com essas lesões ou com risco aumentado de desenvolvê-la frequentemente não estão nutridos de forma adequada.¹⁷

A avaliação do estado nutricional em idosos é considerada complexa devido às alterações naturais do envelhecimento. Por isso a particularidade de cada idoso também deve ser considerada, pois diversos aspectos, como idade, fatores biológicos e fatores fisiológicos podem mascarar os resultados. Assim, diante das alterações peculiares ao envelhecimento, verifica-se que a avaliação do estado nutricional individualizada é essencial para diagnosticar riscos nutricionais precocemente, reverter alterações nutricionais e, conseqüentemente, proporcionar ao paciente idoso o restabelecimento de suas funções orgânicas e melhorar a qualidade de sua vida.¹

Para avaliar o estado nutricional do idoso, foi desenvolvido um instrumento chamado Mini Avaliação Nutricional (MAN®), que possibilita o diagnóstico da desnutrição e do risco de desnutrição em idosos, de modo a permitir uma intervenção precoce quando necessário. O instrumento também examina o IMC e outros critérios antropométricos amplamente utilizados para avaliar o estado nutricional.¹⁸

As evidências científicas têm demonstrado que as UPP não são apenas de responsabilidade da equipe de enfermagem, mas também de toda a equipe multiprofissional, considerando a multicausalidade de sua ocorrência. Todos os profissionais envolvidos (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas) devem atualizar seus conhecimentos a fim de garantir intervenções mais efetivas e eficientes. À medida que aumenta a participação de todos e que o

conhecimento vai sendo incorporado pela equipe, o processo de decisão vai sendo compartilhado, e isso resulta em benefícios importantes para prevenir essa lesão.¹⁹

É muito importante o enfermeiro saber identificar os fatores de risco para UPP. Tal habilidade facilita a prevenção das úlceras e contenção dos custos de cuidado de saúde. Muitas escalas ou instrumentos de avaliação de risco podem ser eficientes na identificação precoce de pacientes em risco de desenvolvimento de UPP, como a Escala de Braden, que é um instrumento preconizado para auxiliar os enfermeiros na discussão clínica sobre os riscos de os pacientes desenvolverem a UPP. Mas, em se tratando de nutrição, essa escala considera somente a ingestão alimentar no momento da observação, o que sugere a necessidade de pesquisas para identificar outros parâmetros de avaliação a serem utilizados na prática da Enfermagem.¹⁶

No cenário atual, são poucos os estudos que abordem a temática em questão ou que usam instrumentos de avaliação do estado nutricional para subsidiar o planejamento e a implementação do cuidado com o idoso. Ressalto que a Escala de Braden é utilizada com frequência para rastrear os idosos em risco de desenvolver UPP. Porém são necessários instrumentos complementares, como a MAN, que, de acordo com estudos, é eficiente para avaliar o estado nutricional dos idosos. Nesse contexto, justifica-se o desenvolvimento deste estudo, cujo intuito é de contribuir com o processo de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo, a equipe de enfermagem, por estar mais próxima do cuidado com o paciente, porquanto dirige sua atenção para tal temática e para as especificidades do idoso, com um suporte teórico para estruturar uma atenção integral a sua saúde.

Adicionalmente, o interesse pela temática surgiu, ainda, na graduação, no quinto período, com a inserção no Grupo de Estudos e Pesquisa no Tratamento de Feridas (GEPEFE) como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), vinculada ao projeto “Úlcera por pressão: riscos e prevalência em idosos assistidos em domicílio no município de João Pessoa/PB”. Durante os estudos sobre a UPP em idosos domiciliados, surgiu o questionamento sobre quais eram os cuidados realizados para prevenir UPP em idosos no âmbito domiciliar. Assim, no final do curso, foi apresentado o trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado “Ações preventivas para úlcera por pressão no âmbito domiciliar de idosos com limitação física”. Nesse estudo, constatou-se que eram poucos os cuidados realizados para prevenir UPP nessa população, com destaque para a falta de uma

nutrição adequada, com dieta própria para o idoso. O complexo cenário da desnutrição nos idosos e suas implicações para o cuidado e aparecimento de UPP foram desvelados, e isso suscitou a necessidade de investigar o estado nutricional e o risco do desenvolvimento de UPP em idosos, com enfoque, agora, naqueles que estavam em Instituições de Longa Permanência.

Diante da problemática aqui levantada, questiona-se: Qual é a associação entre o estado nutricional e o risco de desenvolvimento de UPP apresentado pelos idosos institucionalizados? Para responder a tal questionamento, foram delimitados os objetivos deste estudo.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar a associação entre a classificação do estado nutricional e os escores de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados.

2.2 Objetivos específicos

- Estratificar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados segundo a Escala de Braden;
- Caracterizar o estado nutricional de idosos institucionalizados segundo a Mini Avaliação Nutricional (MAN®).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O envelhecimento e o desenvolvimento de úlcera por pressão

Com o envelhecimento, vêm às alterações biofisiológicas. Dentre as diversas alterações orgânicas, destacam-se a diminuição da água corporal total, a distribuição mais centrípeta da gordura e a diminuição e a fragilização da massa muscular. Em relação às alterações que ocorrem na pele, podem-se citar: renovação epidérmica mais lenta; adelgaçamento da derme; diminuição da elasticidade; redução da oleosidade dérmica devido à diminuição no número de glândulas sebáceas; diminuição do tecido subcutâneo; perda de turgor e menos produção de colágeno, que resulta em mais exposição das proeminências ósseas e na diminuição da capacidade do tecido de distribuir pressão.^{10, 20-21}

Essas alterações, juntamente com as limitações físicas, em decorrência de complicações das doenças crônico-degenerativas e da limitação ao leito, em uso de cadeira de rodas ou mesmo entre aqueles que não têm uma limitação física importante, mas déficit relacionado aos cuidados higiênicos, ou devido ao fisiologismo do avanço da idade, elevam o risco de desenvolver lesões de pele, entre elas, as UPP.²⁰

A UPP é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Outros fatores contribuem ou podem também estar associados às UPP.²² Outros termos comumente usados para definir as UPP são: úlcera de decúbito, escara, ferida de pressão e ferida de leito.²³

A idade avançada é acompanhada de alterações no turgor da pele e diminuição da função imunológica. Esses fatores são importantes coadjuvantes para a perda da integridade tissular. À medida que a pessoa envelhece, aumenta o risco de aparecerem lesões no tegumento, já que ele fica mais fino e mais frágil e ocorre perda na camada de gordura subcutânea. Além disso, há uma diminuição da sensibilidade ao tato, pressão, vibração, calor e frio, e um dos aspectos sistêmicos mais importantes, como cofator de risco tanto para a lesão quanto para sua manutenção é a idade, ao gerar um profundo impacto no funcionamento de todos os sistemas fisiológicos corporais.²⁴

Logo, a capacidade do corpo de manter a homeostasia vai diminuindo progressivamente, com o envelhecimento celular, já que ocorrem alterações mensuráveis no formato e na constituição corporal. A pele torna-se mais vulnerável às irritações, menos tolerante aos extremos de temperatura e de exposição solar, devido à flacidez, ao ressecamento, às manchas e a outras alterações vasculares e degenerativas. Essas e outras mudanças na integridade da pele estão relacionadas, ainda, à diminuição da elasticidade dérmica e do funcionamento e do número das glândulas sebáceas e sudoríparas. Essas modificações comprometem a função de barreira, que impede a entrada de microrganismos, e a capacidade de recuperação às agressões de toda ordem ao nível da pele, que tornam o idoso particularmente vulnerável a várias doenças de pele e a traumatismos diversos.²⁴

Identificar as pessoas em risco e conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP permitem a implementação de medidas preventivas para esse agravo. Para isso, vários instrumentos têm sido desenvolvidos, como as Escalas de Braden, Norton, Gosnell, Waterlow, utilizadas com frequência nas Américas e na Europa. Elas diferem quanto à abrangência, à complexidade e à facilidade de uso. Dentre os instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP, a Escala de Braden é a mais recomendada pelos pesquisadores por apresentar mais especificidade e sensibilidade e por ter a vantagem de já ter sido validada para uso em língua portuguesa por Paranhos e Santos em 1999.^{20,26}

Autores ressaltam que os profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, devem cuidar do idoso considerando todas as especificidades decorrentes do envelhecimento. Para isso, esses profissionais devem estar devidamente preparados, porquanto, nessa faixa etária, os processos patológicos se instalam muito rápido e podem facilmente converter seu estado de independente para dependente. Assim, a situação de cronicidade de problemas de saúde, aliada a mais expectativa de vida, pode contribuir para aumentar o número de idosos brasileiros limitados funcionalmente.²⁷⁻²⁸

A prevenção é prioridade no controle das UPP. Para que seja eficaz, são fundamentais a participação e a cooperação mútua entre os profissionais da área de saúde e os familiares/cuidadores dos pacientes. Com uma inspeção diária cuidadosa da pele dos pacientes com dificuldades de se movimentar, podem-se detectar os primeiros sinais de ulceração evidenciados pela vermelhidão local.¹⁰

Para prevenir UPP, recomendam-se a avaliação do risco do paciente de desenvolvê-la na admissão, em qualquer serviço de saúde, e a reavaliação periódica; a inspeção da pele diariamente e a proteção contra excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento; tratamento precoce ao detectar anormalidades; uso de superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade; avaliação nutricional e promoção de uma alimentação hiperproteica e hipercalórica; e a educação de profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores sobre as causas, os fatores de risco e as maneiras de minimizar os riscos.²³

É necessário, ainda, redesenhar o atual modelo de saúde segundo as bases inovadoras de gestão e de práticas eficazes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a atender às necessidades da população no que concerne à promoção da saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, nas dimensões individual e coletiva.²⁹

Autores referem que o Brasil enfrentou e ainda enfrenta dois grandes desafios: a reestruturação de um novo sistema de Saúde e a organização do país frente à crescente demanda gerada pela população idosa. A situação passa a ser mais desafiadora quando pensamos em preparar um sistema de saúde, ainda imaturo, para receber esse contingente que cresce de forma inexorável.³⁰

3.1.1 Escala de Braden

A Escala de Braden foi publicada em 1987 e tem sido aplicada, desde então, em várias instituições brasileiras de saúde.³¹ É composta por seis parâmetros ou subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Cada parâmetro é acompanhado de um título, e cada nível, de um conceito descritor chave e uma ou duas frases que descrevem ou qualificam os atributos a serem avaliados.³²⁻³³

A subescala percepção sensorial avalia a habilidade de responder significativamente à pressão relacionada ao desconforto. Quando a percepção sensorial é alterada, não é necessário mudar a posição do paciente com frequência, diminuindo a oxigenação do tecido acometido, aumentando, portanto, o risco para UPP. A não percepção sensorial faz com que esses pacientes mereçam mais atenção, visto que, muitas vezes, eles são incapazes de comunicar o desconforto e

ficam mais vulneráveis a desenvolver úlcera por pressão.¹⁴ Este subitem apresenta os seguintes escores: completamente limitado: 1; muito limitada: 2; ligeiramente limitado: 3; e nenhuma limitação: 4.^{32,34}

A subescala 'umidade' avalia o grau de umidade ao qual a pele está exposta. A umidade da pele pode estar relacionada a alterações do nível de consciência, à sudorese excessiva do paciente, a incontínências urinária e fecal, portanto isso requer muita atenção da equipe de saúde para detectar e solucionar esse problema, pois a exposição prolongada à umidade pode macerar a pele e rompê-la. Nesse subitem, a pele pode apresentar os seguintes escores: pele constantemente úmida: 1; pele muito úmida: 2; pele ocasionalmente úmida: 3; e pele raramente úmida: 4.^{32,34}

A subescala 'mobilidade' é referente às mudanças nas posições do corpo, para aliviar a pressão por meio de movimentos. Esse subitem apresenta os escores: completamente limitada: 1; muito limitada: 2; ligeiramente limitada: 3; e nenhuma limitação: 4. A subescala 'atividade' mede a frequência de saída do leito, com a classificação: acamado: 1; sentado: 2; anda ocasionalmente: 3; anda frequentemente: 4.^{32,34}

A subescala 'nutrição' reflete a ingestão alimentar usual do paciente, cujos subitens são: muito pobre: escore 1; provavelmente inadequada: 2; adequada: 3; e excelente: 4.^{32,34}

A subescala 'fricção e cisalhamento' mensura a capacidade do indivíduo que, ao ser ajudado a se movimentar ou ao se movimentar sozinho, deixa a pele livre de contato com a superfície do leito ou cadeira durante o movimento. A força de fricção se apresenta quando duas superfícies deslizam uma sobre a outra, o que acontece, frequentemente, durante o manuseio com o paciente, quando ele é arrastado na cama. Suas principais consequências englobam a remoção ou a descamação epitelial, que enfraquece a barreira natural da pele e resulta, normalmente, em abrasão ou queimadura de segundo grau, incluindo a formação de bolhas, fator de risco para o desenvolvimento de UPP. A força de cisalhamento ocorre quando o indivíduo desliza na cama, o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel. O subitem 'fricção e cisalhamento' é classificado como - problema: escore 1; problema potencial: 2; e nenhum problema: 3.^{32,34}

A pontuação total da escala de Braden pode variar de 6 a 23, sendo que a contagem do menor número de pontos indica que o indivíduo tem mais risco de desenvolver UPP. Esse risco é classificado considerando-se o somatório dos escores, que são definidos como: sem risco, em risco, risco moderado, risco alto e risco muito alto. Nos estudos iniciais, foi estabelecido o escore 16, como escore de corte para o risco de UPP em adultos e idosos³² e, posteriormente, com base em novos estudos, pacientes com mais de 65 anos com escores 17 e 18 passaram a ser incluídos no grupo “em risco”.³⁵

Muitos autores recomendam o uso da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP em pacientes adultos, especialmente em idosos. Eles referem que a escala de Braden é a mais bem definida operacionalmente, já que permite a avaliação de vários fatores relacionados à ocorrência de UPP, e sua aplicação exige do avaliador um exame detalhado das condições do estado do paciente quando comparada com as outras escalas utilizadas para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP em pacientes adultos.^{21,31,36}

Para os administradores de instituições de saúde e gerentes de Enfermagem, a UPP, por ser um dos agravos aos idosos, representa um grave problema em termos de sofrimento pessoal e econômico e um desafio à equipe interdisciplinar, uma vez que consome exorbitantes recursos do sistema de saúde e horas de assistência de enfermagem. Assim, o uso de um instrumento ou escala de avaliação de risco de UPP facilita a identificação de fatores predisponentes ou de risco para seu desenvolvimento e favorece o planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões. A avaliação de risco deve ser adotada de forma sistematizada e aplicada, tanto na admissão do paciente quanto diariamente, durante o exame físico e sempre que houver alteração em sua condição clínica.²¹

3.2 Estado nutricional e úlcera por pressão

A Associação Americana de Saúde Pública define o estado nutricional como a “condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e pela utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos”. Portanto, o estado nutricional é detectado a partir de vários parâmetros, que podem ser utilizados e avaliados de forma isolada ou associada. Para o idoso, a determinação do seu estado nutricional deve

considerar, entre outros, uma complexa rede de fatores, em que é possível relatar o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento.³⁷

O mais importante distúrbio nutricional observado nos idosos é a desnutrição, que está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e à redução da qualidade de vida. Entretanto, frequentemente, a desnutrição insere-se no contexto de outras modificações orgânicas verificadas ao longo do processo de envelhecimento e deixa de ser diagnosticada.³⁸

Nos contextos nacional e mundial, a incidência de desnutrição é alta. No Brasil, estima-se que 48,1% de pacientes internados estejam desnutridos. Outro ponto relevante é que a idade, como único fator, já coloca o paciente em risco nutricional.¹² A desnutrição é um importante fator de risco para o desenvolvimento de UPP. As restrições alimentares impostas pelo tratamento de comorbidades e as dificuldades do próprio paciente de aproveitar os nutrientes ingeridos são fatores de risco para um estado nutricional insuficiente. Especial atenção deve ser dirigida a enfermos acamados, idosos, doentes com enfermidades gastrointestinais (especialmente com diarreia) e com câncer. Todo paciente com UPP deve ser submetido à avaliação nutricional no início do tratamento e reavaliado quando não se observar melhora na lesão ou quando a úlcera não for fechada.¹³

O estado nutricional tem papel importante no tratamento de pacientes com UPP que interfere diretamente na reparação tecidual. A desnutrição está associada à cicatrização inadequada, por redução da produção de fibroblastos, de neoangiogênese e de síntese de colágeno, além de menor capacidade de remodelação tecidual. Assim, o adequado aporte nutricional é fundamental nas diferentes etapas de cicatrização.¹³

Além disso, o aporte calórico-proteico reduzido pode predizer o desenvolvimento de UPP. Algumas causas dessa diminuição são a persistente falta de apetite e as restrições alimentares impostas pelo tratamento. Para os idosos, incluem-se a dependência de ajuda para comer, o comprometimento cognitivo e da comunicação, o uso de medicações que interferem no apetite e aumentam a perda de nutrientes e os fatores psicossociais, como isolamento e depressão. Pacientes que receberam maior aporte proteico e energético assim como nutrientes específicos tendem a desenvolver menos UPP e a apresentar melhor cicatrização.¹⁵

A avaliação do estado nutricional do idoso é um processo complexo que possibilita a intervenção nutricional adequada e evita ou minimiza agravos à saúde que comprometam a capacidade funcional. Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar o estado nutricional de idosos, entre eles, a Mini Avaliação Nutricional (MAN®), um método validado e considerado padrão ouro para essa população, por ser prático, não invasivo, de simples mensurações e de questões rápidas, aplicadas em cerca de 10 minutos, desde que realizado por profissional bem treinado.³⁷

Outro bom indicador para avaliar o estado nutricional do idoso é o índice de massa corporal (IMC), que é utilizado com frequência devido à facilidade de ser aplicado, à existência de padrões de referência, que permitem comparações entre populações, à boa relação com a morbimortalidade e por não ser invasivo, de baixo custo e mais preciso do que as medidas obtidas por meio das dobras cutâneas.³⁷

Não há um consenso sobre qual seria o melhor método para avaliar a nutrição dos idosos.³⁹ Também não há uma medida ou combinação de medidas de avaliação do estado nutricional que possam prever, com acurácia, o risco de desenvolvimento de UPP.⁴⁰ Ainda nesse contexto, a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition refere que, apesar de haver uma relação forte entre desnutrição e as UPP, ainda há carência de estudos que mostrem uma conclusiva relação causal.⁴¹ Portanto, novos trabalhos de correlação para UPP são necessários, principalmente no Brasil, que atendam à população idosa institucionalizada.

3.2.1 Mini Avaliação nutricional (MAN®)

A MAN® é considerada um instrumento prático e rápido para avaliar o estado nutricional de idosos. É uma ferramenta sensível o suficiente para detectar pequenas mudanças no estado nutricional que podem ocorrer ao longo do tempo, admite que o risco de desnutrição seja identificado em idosos, antes que as manifestações clínicas aconteçam, e pode ser aplicada por qualquer profissional bem treinado. Esse foi o primeiro instrumento desenvolvido para avaliar o estado nutricional da população idosa.^{39,42-43}

É um questionário que pode ser preenchido em 10 minutos. É dividido, além da triagem, em quatro partes: avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso); avaliação global (perguntas

relacionadas ao modo de vida, à medicação, à mobilidade e aos problemas psicológicos); avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação); e autoavaliação (a autopercepção da saúde e da condição nutricional).⁴³⁻⁴⁴

Para desenvolver e validar a MAN® foi realizado um estudo dividido em três partes. A primeira aconteceu no Hospital Universitário de Toulouse, na França, com a avaliação do estado nutricional de idosos que apresentavam alterações de saúde e com idosos saudáveis da mesma região. Além da aplicação do questionário da MAN®, esses idosos tiveram uma avaliação nutricional completa, incluindo os seguintes parâmetros: IMC, circunferência de braço e panturrilha, medida de dobras cutâneas tricipital e subescapular, avaliação bioquímica (albumina, pré-albumina, proteína ligadora de retinol, transferrina, ceruloplasmina, proteína C-reativa, alfa-1-glicoproteína, colesterol, vitaminas A, D, E, B1, B2, B6, B12, folato, cobre e zinco), hemograma completo, inquérito dietético (recordatório alimentar de três dias e frequência alimentar) e avaliação do estado geriátrico.⁴⁵

Participaram da segunda parte do estudo 120 idosos com alteração de saúde e 30 idosos saudáveis, todos avaliados pela MAN® e por marcadores antropométricos e bioquímicos. A terceira parte foi realizada no Novo México, onde a MAN® foi aplicada em 347 idosos saudáveis. O objetivo desse estudo foi de validar a utilização da MAN® em idosos saudáveis provenientes de um contexto social diferente dos dois primeiros. Os resultados obtidos com a MAN® apresentaram alta correlação com os parâmetros nutricionais utilizados. A pesquisa concluiu que esse instrumento pode ser aplicado em diferentes situações para detectar o risco de desnutrição em idosos.⁴⁵

A MAN® vem sendo utilizada com frequência em diferentes estudos que envolvem a população geriátrica. Tem sido divulgado que a sensibilidade dessa escala é de 96%, a especificidade, de 98%, e o valor prognóstico para desnutrição, de 97%. Esses valores comprovam que a MAN é um método sensível, específico e acurado para identificar o risco de desnutrição.⁴⁶

Estudos realizados utilizando-se a MAN® têm demonstrado que esse instrumento é uma ferramenta efetiva para identificar a desnutrição ou o risco de desenvolvê-la.^{42,47-49}

Ressalta-se que ainda é preciso estabelecer programas de prevenção institucional que subsidiem as intervenções da equipe multidisciplinar de saúde,

visando controlar os fatores de risco para úlceras por pressão, incluindo-se os parâmetros nutricionais.¹⁵

3.3 Instituições de longa permanência para idosos (ILPI)

As ILPI surgiram na época do Cristianismo. Habitualmente são conhecidas como asilos, do grego *asylon*, que significa o local onde as pessoas se sentem abrigadas e protegidas contra diversos danos de qualquer natureza. Historicamente, as ILPI surgiram fundamentadas na caridade e no atendimento básico às necessidades de vida, como ter onde se alimentar, tomar banho e dormir, destinadas ao amparo aos "sem família ou abandonados, pobres e mentalmente enfermos". A identidade que se manifestou em seu período inicial estava relacionada à caridade, numa perspectiva assistencialista que determinava a homogeneização dos velhos, a percepção da velhice como degeneração e decadência e a infantilização do idoso.⁵⁰

As ILPI, governamentais ou não, de caráter residencial, que servem de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, devem promover a qualidade de vida, considerando os níveis de dependência e o estado mental do idoso para garantir sua funcionalidade. Essas instituições são consideradas um sistema social organizacional com a função de assistir o idoso e de promover atividades que cumpram metas específicas para suprir as necessidades de dependência funcional e os cuidados prolongados.²⁸

Sabe-se que a maioria das instituições não está preparada para oferecer aos seus residentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade e os modos de vida diversificados. As necessidades do idoso são negligenciadas, por se acreditar que elas se limitam a certas prioridades fisiológicas (alimentação, vestuário, moradia, cuidados de saúde e higiene) que remetem ao esquecimento as de nível social, afetivo e sexual.⁵¹

Os idosos institucionalizados carecem de cuidados especiais em se tratando de sua saúde. Há um declínio gradual nas funções cognitivas decorrente do envelhecimento normal. Até 80 anos, o idoso pode manter a capacidade intelectual. Porém, as dificuldades de aprendizagem e o esquecimento podem ser incluídos,

juntamente com algumas alterações que normalmente ocorrem com idosos até 70 anos.⁵²

Apesar da fragilidade do idoso, encontram-se ainda déficit de profissionais enfermeiros em algumas instituições de longa permanência para idosos⁵³, o que dificulta o cuidado no que concerne à sua avaliação global, às definições das necessidades de intervenção, à implementação de um plano de cuidados e à prevenção de agravos. Nesse contexto, insere-se a prevenção de úlceras por pressão.

Nos idosos institucionalizados, o desenvolvimento de UPP é visto como um indicador negativo da qualidade da assistência de enfermagem, porque manter a integridade da pele é responsabilidade do enfermeiro e de toda a equipe de cuidados, por serem profissionais aptos a garantir a higiene corporal e bucal e a identificar fatores possíveis de comprometer a integridade da pele dos idosos residentes em ILPI.¹⁰

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de base populacional e abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm o objetivo primordial de descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. Nesse tipo de estudo, os dados podem ser obtidos de duas formas: através das fontes primárias e secundárias, cujas informações são coletadas em determinado momento especificamente, e a partir de uma base ou registro de dados, respectivamente, a fim de se obterem as informações desejadas.⁵⁴

Os estudos transversais são aqueles que descrevem a situação de saúde de uma população ou comunidade, com base no estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e determinam indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Nesse tipo de estudo, o pesquisador coleta os dados em um único momento e faz um recorte momentâneo do fenômeno pesquisado.⁵⁵ Os estudos de base populacional, geralmente, mostram informações sobre as condições de saúde da população estudada, como os idosos, e seus determinantes, assim como suas demandas e padrões de uso de serviços de saúde, que são fundamentais para orientar políticas de saúde voltadas para essa população.⁵⁶

Nos estudos quantitativos, o pesquisador parte de parâmetros, ou seja, características mensuráveis, e traduz em números as opiniões e as informações para serem classificadas e analisadas visando estabelecer a relação entre a causa e o efeito das variáveis estudadas.⁵⁷

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em todas as Instituições de Longa Permanência para Idosos no município de João Pessoa/Paraíba, Brasil - seis instituições - segundo registros do Conselho Municipal do Idoso.

Todas as Instituições têm caráter filantrópico e atendem à população idosa, cuja maioria é carente e mantida por doações da comunidade, além de parte dos benefícios de aposentadoria dos idosos.

4.3 População

A população foi constituída por todos os idosos residentes nas ILPI. Na primeira etapa da coleta dos dados, foram selecionados 324 idosos. As informações foram coletadas em seus prontuários. Desses 324, três faleceram. Assim, na segunda etapa, em que as informações foram obtidas por meio de entrevista com o idoso ou seu responsável legal, a população do estudo ficou composta de 321 idosos.

4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados

Os dados empíricos que subsidiaram o desenvolvimento deste estudo fazem parte de um banco de dados construído e validado de um Projeto maior, intitulado “Prevalência e incidência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos em João Pessoa”. Para a utilização dos dados, foi obtida a anuência da pesquisadora responsável (ANEXO A).

O banco de dados que deu origem a este estudo está vinculado também ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas (GEPEFE) e serve de base para a construção de teses, dissertações, monografias e relatórios de iniciação científica.

4.4.1 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento de coleta dos dados do estudo maior foi construído e validado por quatro pesquisadores, especialistas na área de feridas, com o objetivo de verificar se o conteúdo estava adequado aos objetivos propostos. O instrumento final contemplou as mudanças sugeridas pelos avaliadores (ANEXO B).

Na primeira parte do instrumento, constaram os dados de identificação do idoso, que abordou também as variáveis sociodemográficas e condições clínicas. Esses dados foram coletados dos prontuários dos idosos.

O instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP utilizado foi a Escala de Braden (ANEXO B, p. 92) - proposta por Braden e Bergstrom em 1987 - a partir de um esquema conceitual, no qual as autoras exploram a inter-relação dos fatores de risco e causais na gênese de úlceras por pressão³², traduzida

e validada no Brasil por Paranhos e Santos em 1999.³⁴ Essa escala é composta por seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada uma delas tem uma especificação quantitativa padronizada das características do paciente, em que cinco são pontuadas de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de um a três. O escore total varia de 6 a 23, e quanto menor o escore, maior o risco de se formar UPP e vice-versa. Portanto, o risco de o paciente desenvolver UPP é classificado por níveis de risco, segundo a somatória dos escores ou escore total.⁵⁸

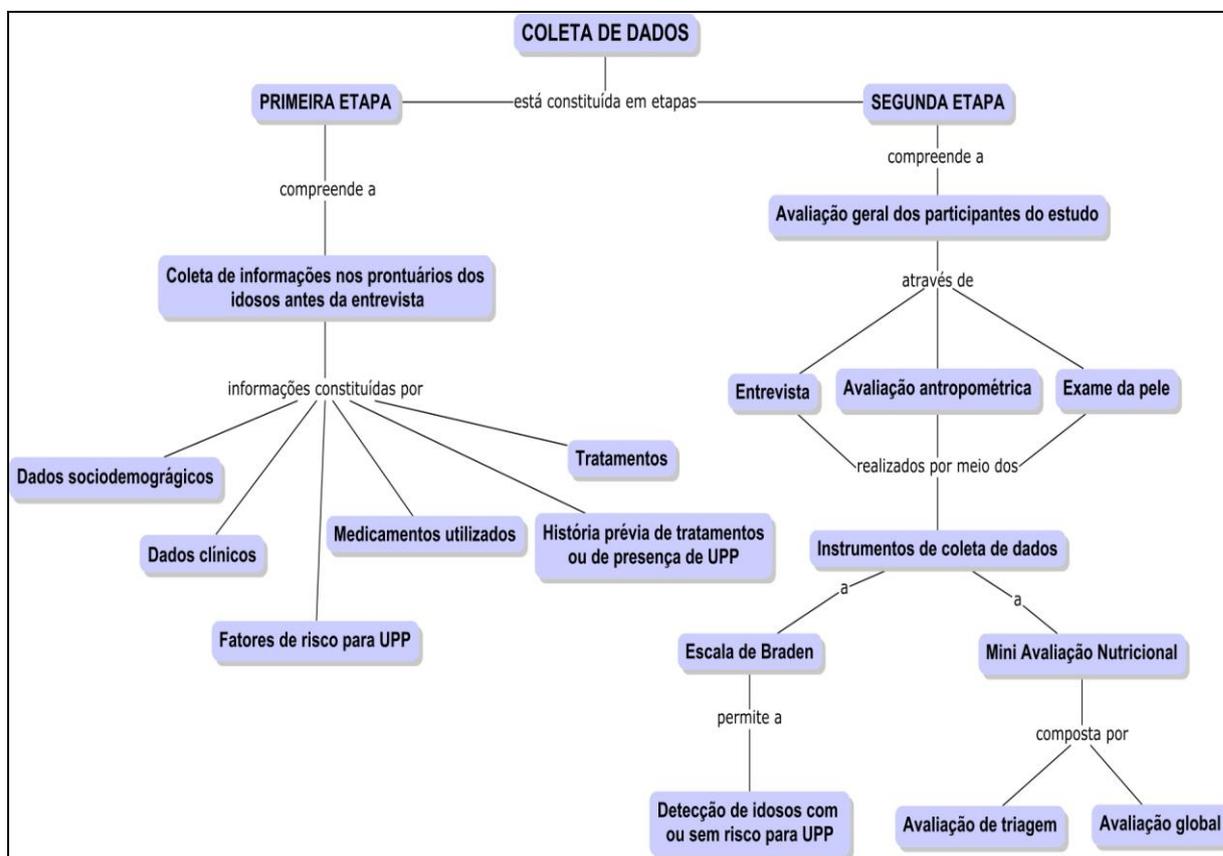
Para avaliar o estado nutricional (ANEXO B, p. 88), foi utilizada a Mini Avaliação Nutricional - MAN® (1998), um instrumento que pode identificar se os idosos estão desnutridos ou com risco de desnutrição. Trata-se de um método validado e considerado padrão ouro para essa população, por ser prático, não invasivo, de simples mensurações e de questões rápidas, aplicadas em cerca de 10 minutos, desde que realizado por profissional bem treinado.³⁷

No atual estudo, só foram utilizadas algumas variáveis sociodemográficas para caracterizar a amostra (sexo, idade e tempo de institucionalização), a Escala de Braden (o escore geral e subescala Nutrição) e a Mini Avaliação Nutricional®.

4.4.2 Coleta dos dados

A coleta dos dados do estudo maior foi feita no período de janeiro a dezembro de 2013, em duas etapas, apresentadas abaixo.

Figura 1 – Mapa conceitual sobre as etapas da coleta dos dados - João Pessoa-PB, 2015.



» Primeira etapa da coleta

Nessa etapa, foi coletado o máximo de informações dos prontuários dos idosos, antes de entrevistá-los, como dados sociodemográficos e clínicos, fatores de risco para UPP, medicamentos utilizados, história prévia de tratamento ou de presença de UPP e tratamentos. A coleta aconteceu em uma instituição de cada vez. Elas foram denominadas de ILPI A, B, C, D, E e F, sequencialmente. Após a análise dos prontuários de todos os idosos, os pesquisadores passavam para um segundo momento – o da entrevista e o de coleta dos dados com o próprio idoso e/ou responsável legal.

» Segunda etapa da coleta

Nessa etapa, os pesquisadores avaliaram, de modo geral, os participantes da pesquisa, por meio da entrevista, da análise antropométrica e examinaram a pele dos pesquisados para identificar UPP, utilizando os instrumentos de coleta. Quando o idoso apresentava déficit cognitivo e não podia responder às solicitações da entrevistadora, os dados eram fornecidos pelos cuidadores, buscando os que estivessem prontamente em contato com aqueles idosos.

Os instrumentos para a coleta dos dados foram aplicados pela pesquisadora e responsável pelo projeto maior, já citado, e por voluntários treinados especificamente para colaborar para a aquisição dos dados. A equipe de voluntários foi composta de enfermeiros e graduandos do Curso de Enfermagem. O treinamento completo foi realizado em quatro dias e fez uma carga horária de 16 horas, com o objetivo de avaliar a concordância na aplicação do instrumento de coleta dos dados, como a Escala de Braden e a Mini Avaliação Nutricional, além dos outros instrumentos que compõem o instrumento da pesquisa maior.

A Escala de Braden é dividida em seis subescalas (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e força de cisalhamento), cada uma com itens cuja pontuação foi de 1 a 4. O pesquisador, através da conversa com o idoso ou cuidador, adequava o entrevistado dentro desses domínios e, no final, somava as pontuações, com resultado entre seis e 23 pontos, escores da escala, através dos quais eram detectados os idosos com ou sem risco de adquirir UPP.

Para serem avaliados pela MAN, os idosos foram submetidos a uma avaliação de triagem, para se verificar se a ingestão de alimentos diminuía, o peso fora reduzido e se houvera estresse psicológico nos últimos três meses, assim como avaliação da mobilidade, problemas neuropsicológicos e índice de massa corporal (IMC) de cada indivíduo. Caso a pontuação do escore de triagem fosse menor do que 12, realizava-se a avaliação global, que consistia em questionar se, durante o dia, os idosos haviam utilizado mais de três medicamentos, se tinham lesões ou escaras, quantas refeições fizeram, quais os alimentos consumidos e com que frequência, a quantidade de líquido, o modo de se alimentar (sozinho ou com auxílio) e uma autopercepção de seu estado nutricional e de sua saúde em relação a outras pessoas de mesma idade. Além disso, obtiveram-se medidas antropométricas de todos os indivíduos avaliados, como peso e altura. Em alguns casos, quando os

idosos não atingiam 12 pontos no escore de triagem, que era o mínimo para se considerar o estado nutricional normal, também se media a circunferência do braço e a da panturrilha.¹⁸

Os dados antropométricos coletados foram: peso, aferido em quilos (kg); altura, aferida em metros (m); prega cutânea subescapular (PCSE), em milímetros (mm); circunferência do braço (CB), em centímetros (cm); altura do joelho (AJ), em centímetros (cm), e circunferência da panturrilha (CP), em centímetros (cm). O peso foi aferido em balança portátil (G-PECH®), calibrada para zero, com os idosos vestindo roupas leves, sem sapatos e sem agasalhos, em posição ortostática, com os braços estendidos e o olhar voltado para o horizonte.

A estatura foi obtida com o auxílio de um estadiômetro portátil, com extensão de 2,13 metros, dividido em centímetros e subdividido em milímetros. Para aferir a estatura, os idosos ficaram descalços, com os calcanhares juntos, em posição ereta, encostados no estadiômetro e com o olhar fixo na altura da linha do horizonte. Para os idosos impossibilitados de se aferir a altura e o peso, os dados foram estimados a partir das equações de estimativas de peso e altura⁵⁹⁻⁶⁰:

Estimativa de peso:

Homens:

$$(1,73 \times CB) + (0,98 \times CP) + (0,37 \times PCS) + (1,16 \times AJ) - 81,69$$

Mulheres:

$$(0,98 \times CB) + (1,27 \times CP) + (0,4 \times PCS) + (0,87 \times AJ) - 62,35$$

- Estimativa da altura:

Homens:

$$[63,19 - (0,04 \times \text{idade})] + (2,02 \times AJ)$$

Mulheres:

$$[84,88 - (0,24 \times \text{idade})] + (1,83 \times AJ)$$

O índice de massa corporal (IMC) foi determinado com base nos dados de peso (kg) e altura (m) obtidos antes, conforme a fórmula abaixo⁶¹:

$$\text{IMC (Kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

4.5 Análise dos dados

Para proceder ao tratamento dos dados do banco de dados que originou este estudo, inicialmente, foram codificadas as variáveis e as categorias em um dicionário de dados. Construiu-se um banco de dados empregando-se a técnica de validação por dupla digitação, em planilhas do aplicativo Microsoft Excel, por pessoas distintas, a fim de comparar as informações registradas e localizar o questionário quando detectadas inconsistências. Depois, os cálculos estatísticos foram realizados no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0.

Para analisar os dados, foram obtidas as distribuições das frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, além da média, da mediana e do desvio-padrão para as variáveis contínuas (sexo, idade e tempo de institucionalização). Todas essas medidas de resumo numérico fazem parte da metodologia da análise descritiva e exploratória de dados.

Adicionalmente, também foram empregadas técnicas de estatística inferencial, através do teste Qui-quadrado de Pearson, para identificar a associação entre os resultados da Escala de Braden e a MAN, depois de feita a Análise de Correspondência Simples, um teste que converte os níveis de tabelas cruzadas, resultados do teste Qui-quadrado, em um mapa de associação, ou seja, os níveis que estiverem mais próximos no mapa apresentam mais associação. Ressalta-se que o nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%, e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança.

4.6 Considerações éticas

Todos os participantes receberam orientações sobre a pesquisa. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXOS C e D). Quando o idoso não apresentava condições

cognitivas e físicas para tal, as orientações e a solicitação de consentimento eram feitas aos seus responsáveis legais. Após a anuência do entrevistado e a assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista, de cujas respostas foram garantidos o sigilo e o anonimato. Vale ressaltar que os APÊNDICES I e II são os TCLE da pesquisa maior, posteriormente citada.

Para desenvolver a pesquisa, foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e nas normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos – a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁶², e a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, ao sigilo e à confidencialidade dos dados.⁶³

Ressalta-se que o projeto da pesquisa maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba, segundo o Protocolo nº 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188 (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados e a discussão serão apresentados no formato de dois artigos originais. Os artigos serão submetidos para ser publicados em periódicos da área. Assim, poderão contribuir para melhorar o conhecimento e estimular a busca por novos estudos.

O Artigo Original I foi formatado nas normas da Revista OBJN - Online Brazilian Journal of Nursing - (ANEXO D), e o Artigo Original II, nas normas da Revista Texto e Contexto (ANEXO E).

Artigo Original I

Estado nutricional de idosos institucionalizados segundo Mini Avaliação Nutricional: um estudo transversal

Nutritional status of institutionalized elderly, according to Mini Nutritional Assessment: a transversal study

El estado nutricional de los ancianos institucionalizados, según Mini Evaluación Nutricional: el estudio transversal

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o estado nutricional de idosos institucionalizados segundo a Miniavaliação Nutricional (MAN®). **Método:** Estudo transversal, de base populacional e abordagem quantitativa, realizado com 321 idosos residentes em instituições de longa permanência de João Pessoa/PB. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB, segundo o Protocolo nº 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188.

Resultados: A idade média dos participantes foi de 81,09 anos, e a maioria era do sexo feminino (75,7%). Primeiramente, os idosos foram avaliados por uma triagem, em que 86 (26,8%) apresentavam estado nutricional adequado, e 235 (73,2%) passaram para a avaliação global; desses, sete (3,0%) estavam com estado nutricional adequado.

Portanto, o total foi de 93 (29,0%) idosos com estado nutricional adequado, segundo a MAN®; 127 (39,6%) apresentavam risco de desnutrição, e 101 (31,5%) estavam desnutridos. **Conclusão:** É fundamental estabelecer programas de prevenção em instituições de longa permanência que subsidiem as intervenções da equipe multidisciplinar de saúde, a fim de controlar os fatores de risco, incluindo-se os parâmetros nutricionais.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Estado nutricional.

ABSTRACT

Objective: To characterize the nutritional status of institutionalized aged individuals according to the Mini-Nutritional Assessment (MNA®). **Method:** Cross-sectional, population-based study of quantitative approach, performed with 321 elderly residents in long term care facilities of João Pessoa/PB. This study was approved by the Committee on Ethics in Research of CCS/UFPB, under protocol n. 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. **Results:** The mean age of participants was 81.09 years old and the majority of them were female (75.7%). Firstly, the elderly were evaluated by a screening, in which 86 (26.8%) had adequate nutritional status and 235 (73.2%) passed to the overall assessment; seven (3.0%) of these had adequate nutritional status. Therefore, the total amount of elderly with adequate nutritional status, according to MNA®, was 93 (29.0%); 127 (39.6%) of them were at risk of malnutrition and 101 (31.5%) were malnourished. **Conclusion:** It is essential to establish prevention programs in long-term institutions that subsidize the activities of the multidisciplinary health team, in order to control risk factors, including nutritional parameters.

Descriptors: Nursing; Aged; Nutritional status.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el estado nutricional de los ancianos institucionalizados según el test Mini-Nutrition Assessment (MNA®). **Métodos:** Estudio transversal, basado en la población, con enfoque cuantitativo, realizado con 321 ancianos residentes en centros de atención a largo plazo de João Pessoa/PB. Fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del CCS/UFPB, de acuerdo con el Protocolo n. 0468/12, CAEE:

02043712.4.0000.5188. **Resultados:** La edad media de los participantes fue de 81,09 años y la mayoría eran mujeres (75,7%). En primer lugar, los ancianos fueron evaluados por una triaje, en los que 86 (26,8%) tenían un estado nutricional adecuado y 235 (73,2%) pasaron a la evaluación general; siete (3,0%) de estos tuvieron un estado nutricional adecuado. Por lo tanto, de acuerdo con el test MNA®, el total fue de 93 (29,0%) ancianos con estado nutricional adecuado; 127 (39,6%) estaban en riesgo de desnutrición y 101 (31,5%) eran desnutridos. **Conclusión:** Es indispensable establecer programas de prevención en las instituciones a largo plazo que apoyan las actividades del equipo de salud multidisciplinario, con el fin de controlar los factores de riesgo, incluyendo parámetros nutricionales.

Descriptor: Enfermería; Anciano; Estado nutricional.

INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas no panorama mundial têm alertado quanto às peculiaridades e às singularidades envolvidas no processo do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, essas questões são ainda mais essenciais, devido à transição acelerada, que se associa às dificuldades decorrentes das desigualdades socioeconômicas, que tendem a exigir dos governantes a formulação e a adequação de políticas públicas, a fim de minimizar tais disparidades, na busca por um envelhecimento populacional saudável⁽¹⁾.

De acordo com o censo demográfico de 2010, o número de idosos no país foi de 20.590.599. As projeções para 2025 indicam que a população maior de 60 anos será superior a 30 milhões. Por essa razão, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de idosos⁽²⁾.

O envelhecimento se apresenta em sua multifatorialidade com um comprometimento em suas alterações fisiológicas, sistêmicas e anatômicas, que provocam mudanças de estilo de vida dos idosos. Nesse panorama, a deficiência nutricional surge como um problema, visto que as alterações fisiológicas comprometem o apetite, a ingestão e a absorção de nutrientes, o que pode levá-los ao risco de

desnutrição, principalmente os idosos institucionalizados⁽³⁾. Assim, com o ritmo constante de envelhecimento da população, é fundamental planejar e desenvolver ações de saúde que possam contribuir para melhorar a vida dos idosos. Entre elas, medidas relacionadas à alimentação saudável que promovam mais prazer, conforto e segurança⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o idoso apresenta tendência a desenvolver déficits nutricionais, devido à incidência de doenças crônicas e às debilidades físicas associadas à idade. Logo, a deficiência nutricional é um problema relevante nessa população, decorrente de alterações do próprio envelhecimento, como as doenças sistêmicas e/ou a situação socioeconômica, que condicionam o seu estado nutricional. Nesse contexto, uma valoração nutricional simples e sistematizada, por meio da qual seja possível detectar precocemente e de maneira simples os idosos em risco nutricional, para serem submetidos a uma avaliação completa, deveria fazer parte, de forma protocolizada, da assistência ao paciente geriátrico institucionalizado⁽⁵⁾.

A avaliação do estado nutricional do idoso é um processo complexo, que possibilita a intervenção nutricional adequada e evita ou minimiza os agravos à saúde que comprometam a capacidade funcional. Vários instrumentos foram criados para avaliar o estado nutricional de idosos, entre eles, a Mini Avaliação Nutricional (MAN®), que avalia o risco nutricional e identifica os que possam se beneficiar de intervenção precoce⁽²⁾.

Face ao exposto, o objetivo deste estudo foi de caracterizar o estado nutricional de idosos institucionalizados segundo a Mini Avaliação Nutricional (MAN®).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional e abordagem quantitativa, que foi desenvolvido em todas as seis Instituições de Longa Permanência para Idosos, localizadas no município de João Pessoa/PB. Essas instituições têm caráter privado e filantrópico, atendem à população idosa carente e são mantidas por doações da comunidade, além de parte dos benefícios de aposentadoria dessas pessoas.

Os dados empíricos que subsidiaram o desenvolvimento deste estudo fazem parte de um banco de dados construído e validado de um projeto maior, intitulado "Prevalência e incidência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos em João Pessoa". A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2013, e a população foi constituída por 321 idosos com idade igual ou superior a 60 anos.

Para avaliar o estado nutricional dos idosos, utilizou-se a MAN®. Primeiramente, eles foram submetidos à avaliação de triagem, para verificar se a ingestão de alimentos diminuiu e se o peso e o estresse psicológico foram reduzidos nos últimos três meses, assim como a avaliação da mobilidade, os problemas neuropsicológicos e o índice de massa corporal (IMC) de cada indivíduo. Caso a pontuação do escore de triagem fosse menor do que 12, realizava-se a avaliação global, que consistia em questionar se o idoso, durante o dia, utilizava mais de três medicamentos, se tinha lesões ou escaras, quantas refeições fazia, quais os alimentos consumidos e a frequência, a quantidade de líquidos, o modo de se alimentar (sozinho ou com auxílio) e a autopercepção do estado nutricional e de sua saúde em relação a outras pessoas de mesma idade. Também se obtiveram medidas antropométricas de todos os indivíduos avaliados, como peso e altura. Em alguns casos, quando os idosos não atingiam 12 pontos no escore de triagem, que era o mínimo para se considerar o estado nutricional normal, também se media a circunferência do braço e da panturrilha⁽⁵⁾. A análise estatística dos dados foi feita por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais, através do software SPSS versão 20.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, segundo o Protocolo nº 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188.

RESULTADOS

Da população de 321 idosos, todos residentes em instituições de longa permanência de caráter filantrópico, a maioria (243) era do sexo feminino (75,7%). Em relação às faixas etárias mais prevalentes, foram as acima de 80 anos. A idade média foi

de 81,09 anos, com mediana de 82,00 e o desvio-padrão de 9,38. O tempo médio de institucionalização dos idosos foi de 62,21 meses, que variaram entre um e 528 meses, mediana, de 42,00, e desvio-padrão de 66,26, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da população segundo o sexo, a faixa etária e o tempo de institucionalização - João Pessoa-PB, 2015.

Variáveis	N = 321	100,0 %
Sexo		
Masculino	78	24,3
Feminino	243	75,7
Faixa etária		
60 a 69	36	11,2
70 a 79	100	31,2
80 a 89	127	39,6
90 a 99	49	15,2
100 a 110	9	2,8
Tempo de institucionalização		
<12 meses	41	12,8
12 - 60 meses	173	53,9
>60 e <120 anos	70	21,8
>120 e <180 meses	22	6,8
>180 meses	15	4,7

A MAN® é dividida em duas partes: a Parte I - triagem - e a parte II - avaliação global. Na triagem, faz-se uma avaliação geral do estado nutricional (Tabela 2). Podem-se classificar os idosos em risco nutricional para que possa ser realizada a avaliação global.

Em relação à Tabela 2, no primeiro item, ingestão alimentar, 247 (70,0%) idosos disseram que não haviam diminuído a ingesta. Quando questionados sobre a perda de peso, 171 (53,3%) responderam que não tiveram perdas, e 88 (27,4%) não souberam informar. Sobre a mobilidade, 103 (32,1) idosos estavam restritos ao leito ou a cadeiras de rodas, e 69 (21,5) deambulavam, mas não tinham condições de sair sozinhos.

Tabela 2: Apresentação da população segundo a triagem da Mini Avaliação Nutricional - João Pessoa-PB, 2015.

Parte I – Triagem		N =	100,0
		321	%
Nos últimos três meses, houve diminuição da ingestão alimentar?	Diminuição severa	13	4,0
	Diminuição moderada	61	19,0
	Sem diminuição	247	77,0
Perda de peso nos últimos meses	Superior a três quilos	21	6,5
	Não sabe informar	88	27,4
	Entre um a três quilos	41	12,8
	Sem perda de peso	171	53,3
Mobilidade	Restrita ao leito ou à cadeira de rodas	103	32,1
	Deambula, mas não é capaz de sair de casa.	69	21,5
	Normal	149	46,4
Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	Sim	73	22,7
	Não	248	77,3
Problemas neuropsicológicos	Demência ou depressão grave	78	24,3
	Demência leve	100	31,2
	Sem problemas psicológicos	143	44,5
Índice de massa corporal (IMC)	IMC < 19	105	32,7
	19 ≤ IMC < 21	38	11,9
	21 ≤ IMC < 23	47	14,6
	IMC ≥ 23	131	40,8

Quando questionados sobre se tinham passado por algum estresse psicológico ou doença aguda, 73 (24,3%) disseram que sim. Já em se tratando de problemas neuropsicológicos, 100 (31,2%) tinham demência leve, e 78 (24,3%), demência ou depressão graves. A MAN® também aborda o IMC e verificou que 131 (40,8%) idosos tinham o IMC adequado, e 105 (32,7%) estavam em baixo peso. Dos 321 idosos pesquisados, 86 (26,8%) apresentaram estado nutricional adequado na triagem, e 235 (73,2%) necessitaram da avaliação global para identificar melhor o estado nutricional. Depois da avaliação pela triagem, procedeu-se à avaliação global com os 235 idosos, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3: Apresentação da população segundo a Avaliação Global da Mini Avaliação Nutricional - João Pessoa-PB, 2015.

Parte II – Avaliação global		N = 235	100,0 %
Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	Sim	146	62,1
	Não	89	37,9
Tem lesões de pele ou escaras?	Sim	45	19,1
	Não	190	80,9
Quantas refeições faz por dia?	Dois refeições	5	2,1
	Três refeições	230	97,9
O paciente consome uma porção diária de leite e derivados? Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? Carne, peixe ou aves todos os dias?	Nenhuma resposta sim	14	5,9
	Dois respostas sim	61	25,3
	Três respostas sim	160	68,8
O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?	Sim	130	44,7
	Não	105	55,6
Quanto copos de líquido (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?	Menos de três copos	43	18,3
	Três a cinco copos	159	67,7
	Mais de cinco copos	33	14,0
Modo de se alimentar	Não é capaz de se alimentar sozinho.	76	32,3
	Sozinho com dificuldade	41	17,4
	Sozinho sem dificuldade	118	50,2
O paciente acredita ter algum problema nutricional?	Acredita ser desnutrido.	16	6,8
	Não sabe dizer.	155	66,0
	Acredita não ter problema nutricional	64	27,2
Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a própria saúde?	Não muito boa	26	11,1
	Não sabe informar.	137	58,3
	Boa	56	23,8
	Melhor	16	6,8
Circunferência do braço (CP) em cm	CB < 21	41	17,4
	21 ≤ CB ≤ 22	42	17,9
	CB ≥ 22	152	64,7
Circunferência da panturrilha (CP) em cm	CP < 31	145	61,7
	CP ≥ 31	90	38,3

Em relação à avaliação global (Tabela 3), vale ressaltar que todos os idosos residiam nas ILPI. Quando investigados sobre o uso de medicação; 146 (62,1%)

disseram que usavam mais de três medicamentos diferentes ao dia; 45 (19,1%) tinham alguma lesão ou úlcera por pressão; 160 (68,8%) referiram que consumiam laticínios, legumes, carne, aves, ovos e verduras, e 130 (44,7%), de duas a três porções diárias de verduras e/ou frutas.

Sobre a ingestão de líquidos, 159 (67,7%) consumiam entre três e cinco copos de algum líquido ao dia, 118 (58,2%) se alimentavam sozinhos sem dificuldades, porém 76 (32,3%) não eram capazes de se alimentar sozinhos. Na autoavaliação sobre o estado nutricional, 155 (66,0%) idosos não sabem informar se têm problemas nutricionais, e 16 (6,8%) acham que são desnutridos. Na autoavaliação sobre a própria saúde, 137 (58,3%) dos idosos não souberam informar, e 56 (23,8%) consideram sua saúde boa.

Na avaliação geral do estado nutricional feita pela Mini Avaliação Nutricional (MAN®), observou-se que 93 (29,0%) idosos apresentavam estado nutricional adequado, 127 (39,6%) mostravam-se em risco de desnutrição, e 101 (31,4%) estavam desnutridos.

DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, e o Brasil não é exceção nesse panorama, o que traz importantes repercussões sociais e econômicas e requer o desenvolvimento de políticas específicas para a terceira idade⁽³⁾. O envelhecimento é um processo natural e individual, que ocasiona uma série de mudanças fisiológicas, metabólicas, anatômicas, sociais e psicológicas, que se manifestam em mudanças estruturais e funcionais⁽⁶⁾.

Simultaneamente a esse processo, ocorrem alterações nas taxas de morbimortalidade, com a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em decorrência da redução da capacidade funcional, cognitiva e nutricional dos idosos⁽⁶⁾. Entre os que vivem em ILPI, a maioria é do sexo feminino. Esse dado corrobora a realidade da população brasileira, cuja proporção de mulheres é superior à dos homens, como encontrado também em outros estudos realizados com idosos^(2-3, 5, 7).

A longevidade das mulheres é atribuída a fatores relacionados à menor exposição a riscos no trabalho, assim como a mortalidade por causas externas, como homicídio e acidentes de trânsito, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e diminuição da mortalidade materna, decorrente da maior cobertura de assistência ginecológica e obstétrica^(1, 8-9).

Em se tratando da idade média dos idosos, é coerente com o aumento da longevidade dos idosos brasileiros estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽²⁾. O avanço da idade é um fator crucial para o aumento do número de idosos com desnutrição. Dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição apontam que a frequência de magreza aumenta com a idade, e que essa relação é mais frequente em mulheres⁽⁵⁾.

Em relação ao estado nutricional detectado pela MAN®, o estudo mostrou que 40,1% dos idosos estavam em risco de desnutrição, e 31,9%, desnutridos. Outro estudo que utilizou a MAN® como uma das formas de avaliar o estado nutricional dos idosos verificou que as mulheres apresentaram 31,8% de desnutrição e 50% de risco de desnutrição, semelhante aos homens, que apresentaram 27% e 40%, respectivamente⁽¹⁰⁾. Entretanto, no atual estudo, a diferenciação não foi feita por sexo, mas pelo quantitativo de idosos.

A desnutrição em idosos, Quando a desnutrição em idosos não é diagnosticada precocemente, pode resultar em deterioração da saúde. A prevalência de desnutrição nos idosos que residem em instituições é de 25 a 60%. Estudo revela que os idosos brasileiros, com mais de 60 anos de idade, têm mais risco de se desnutrir, em torno de 52,8% em relação àqueles com menos de 60 anos de idade⁽¹¹⁾.

A avaliação do estado nutricional de idosos abrange uma complexa rede de fatores, além dos econômicos e alimentares, como o isolamento social, as doenças crônicas, as incapacidades, as alterações fisiológicas decorrentes da idade, o estilo de vida, que inclui as práticas ao longo da vida, como fumo, dieta e atividade física, e os fatores socioeconômicos, que revelam mais heterogeneidade entre os indivíduos⁽³⁾.

A utilização da MAN® como ferramenta para avaliar o estado nutricional e traçar o perfil nutricional de uma população idosa deve ser criteriosa, pois, mesmo que, na triagem, as respostas tenham resultado adequado, alguns dos idosos estavam com o IMC abaixo da normalidade. O IMC reduzido e a desnutrição trazem consequências sérias para a saúde e, em alguns casos, irreversíveis, por isso devem ser investigados, pois se considera que a detecção precoce da alteração do estado nutricional de uma população é essencial para prevenção e/ou intervenção terapêutica, a fim de evitar o aparecimento de doenças e melhorar a qualidade da vida dessas populações⁽⁵⁾.

O risco de desnutrição pode se dar por várias razões, entre as quais, ausência de educação nutricional, restrições financeiras, diminuição das capacidades físicas e psicológicas, isolamento social e tratamento de distúrbios múltiplos e doenças concomitantes. Outras causas secundárias de desnutrição incluem a incapacidade de se alimentar, anorexia, má absorção por disfunção gastrointestinal, necessidades aumentadas de nutrientes como resultado de lesão ou doença, interação de drogas e nutrientes, resultante de polifarmácia e abuso de substâncias como o alcoolismo, disfagia, úlceras de pressão, doença de Alzheimer, de Parkinson, dificuldade de bom desenvolvimento geriátrico, osteoporose, diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão e constipação⁽¹²⁾.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que, nas instituições pesquisadas, a desnutrição nos idosos institucionalizados se manteve presente. Um dos fatores se deve ao próprio processo de envelhecimento, que faz com que a absorção dos alimentos possa ser alterada e a possibilidade de coexistirem doenças, o que diminui o apetite e a absorção alimentar.

A prevenção e/ou controle da desnutrição em idosos deve ser uma meta considerada por toda a equipe de saúde envolvida nos serviços de atendimento a essa população. A aplicação de métodos de avaliação nutricional que permitam vigiar o estado nutricional deve englobar todos os níveis de controle do processo saúde-doença. Ainda é

escasso o número de estudos que utilizam o questionário da MAN em idosos, e menor, ainda, o conteúdo descrito na literatura com idosos institucionalizados.

É fundamental estabelecer programas de prevenção em instituições de longa permanência que subsidiem as intervenções da equipe multidisciplinar de saúde, na perspectiva de controlar os fatores de risco, incluindo-se os parâmetros nutricionais. Através de uma intervenção nutricional individualizada, realizada depois de adequada avaliação do estado nutricional e, quando necessário, das doenças existentes, será possível reverter, em grande número de casos, um quadro de desnutrição e, conseqüentemente, proporcionar ao paciente idoso o restabelecimento de suas funções orgânicas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da Região Metropolitana de Vitória-ES. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(3): 518-23.
2. Neumann B, Conde SR, Lemos JRN, Moreira TR. Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. *RBCEH*. 2014; 11(2): 166-177.
3. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev. Nutr.* 2008; 21(3): 303-310.
4. Heitor SFD, Rodrigues LR, Tavares DMS. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1): 79-88.
5. Colembergue JP, Conde SR. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2011; 21(2): 59-63.
6. Paz RC, Fazzio DMG, Santos ALB. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. *Revisa 2012*. 2012; 1(1): 9-18.

7. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Asciutti LSR, Cavalcanti AL. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev de Salud Pública*. 2009; 11(6): 865-77.
8. Martin FG, Nebuloni CC, Najas S. Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012; 15(3):493-504.
9. Salmaso FV, Vigário OS, Mendonça LMC, Madeira M, Netto LV, Guimarães MRM et al. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014; 58(3): 226-231.
10. Félix LN, Souza EMT. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. *Rev Nutr*. 2009; 22(4): 571-80.
11. Busnello FM. Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento. São Paulo: Atheneu, 2007.
12. Sperotto FM, Spinelli RB. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência para idosos no município de Erechim-RS. *Perspectiva*. 2010; 34(125): 105-16.

Artigo Original II

ESTADO NUTRICIONAL E O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS

NUTRITIONAL STATUS AND THE RISK OF DEVELOPING PRESSURE ULCER IN ELDERLY

EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANOS

RESUMO: Este estudo teve como objetivo determinar a associação entre as classificações nutricionais e os escores de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. Faz parte de um estudo maior, transversal, de base populacional e abordagem quantitativa, desenvolvido em instituições de longa permanência para idosos, no município de João Pessoa/PB, no período de janeiro a dezembro de 2013. A população foi de 321 idosos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB, Protocolo nº 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. Dos idosos investigados, 75,7% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 81,09 anos. De acordo com a avaliação nutricional, 39,6% estavam em risco de desnutrição, e 31,5%, desnutridos. Em relação ao risco de desenvolver UPP, 45,5% estavam em risco. Existe associação entre o desenvolvimento de UPP e o estado nutricional inadequado.

DESCRITORES: Idoso. Estado nutricional. Úlcera por pressão. Envelhecimento.

ABSTRACT: This study aimed to determine the association between nutritional ratings and risk scores for pressure ulcer development in institutionalized elderly. It is part of a larger cross-sectional, population-based study, of quantitative approach, developed in long term care facilities for seniors in the city of João Pessoa/PB, from January to December in 2013. The population consisted of 321 aged individuals. It was approved by the Committee on Ethics in Research of CCS/UFPB, under protocol n. 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. 75.7% of the investigated individuals were female. The mean age was 81.09 years old. According to nutritional assessment, 39.6% were at risk of malnutrition and 31.5% of them were malnourished. Regarding the risk of developing PU, 45.5% were at risk. There is an association between the development of PU and inadequate nutritional status.

KEYWORDS: Aged. Nutritional status. Pressure ulcers. Aging.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre las clasificaciones nutricionales y las puntuaciones de riesgo de desarrollo de úlceras por presión en ancianos institucionalizados. Es parte de un estudio mayor, transversal, basado en la población y con enfoque cuantitativo, desarrollado en centros de atención a largo plazo para las personas mayores en la ciudad de João Pessoa/PB, de enero a diciembre de 2013. La población fue de 321 ancianos. Fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del CCS/UFPB, protocolo 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188. Del total de personas mayores, 75,7% eran mujeres. La edad media fue de 81,09 años. De acuerdo con la evaluación nutricional, 39,6% estaban en riesgo de desnutrición y 31,5% estaban desnutridos. En cuanto al riesgo de desarrollar UPP, 45,5% de ellos estaban en riesgo. Existe una asociación entre el desarrollo de UPP y el estado nutricional inadecuado.

PALABRAS CLAVE: Anciano. Estado nutricional. Úlceras por presión. Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno mundial que vem aumentando significativamente ao longo dos anos, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que, no ano de 1991, os idosos constituíam 4,8% da população; em 2000, passaram para 5,9%, e em 2010, chegaram a compor 7,4% do total de brasileiros.¹⁻³

A elevação da expectativa de vida e a redução das taxas de mortalidade e de fecundidade, juntamente com os avanços tecnológicos de cuidado à saúde e com as políticas públicas voltadas para a população idosa, é determinante para que o Brasil ocupe, em 2025, conforme projeções, a sexta posição mundial no número de pessoas com mais de sessenta anos.⁴⁻⁵

Devido ao aumento da população idosa, o número de idosos com enfermidades vem crescendo, o que os tornam suscetíveis a desenvolver eventos adversos. Esses fatores classificam as pessoas com mais de sessenta anos como portadoras de uma síndrome - a fragilidade - que pode ser descrita como a incapacidade decorrente de doenças crônicas, múltiplas afecções, idosos institucionalizados, idade avançada e condição pré-óbito.⁶

As úlceras por pressão (UPP) são complicações que podem acometer as pessoas idosas em situação de fragilidade, sobretudo quando apresentam restrição de mobilidade. São uma preocupação dos serviços de saúde, principalmente os que compõem a assistência hospitalar e

as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), devido à associação desse tipo de lesão com a diminuição da qualidade de vida e o aumento da morbimortalidade.⁷⁻⁸

A ocorrência da UPP tem origem multifatorial representada por fatores de risco extrínsecos e intrínsecos. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, o estado nutricional merece destaque, visto que a desnutrição é observada com frequência em idosos institucionalizados e em pacientes internados em ambientes hospitalares, o que pode aumentar o risco de desenvolver UPP em 74%, quando há perda de massa corporal magra associada à imobilidade. As causas mais comuns de desnutrição nos idosos incluem diminuição de apetite, monotonia da dieta, dependência de ajuda para se alimentar, cognição prejudicada, demandas fisiológicas da idade, comorbidades, doenças frequentes que causam má absorção ou perdas gastrointestinais, diminuição da ingestão hídrica e fatores psicossociais, como isolamento e depressão.⁹⁻¹¹

Os elementos nutricionais que aumentam o risco de desenvolvimento de UPP são representados por inadequação da ingestão dietética, pobre ingestão habitual de proteína, baixo índice de massa corporal, perda de peso, valores baixos de pregas cutâneas e baixos níveis séricos de albumina.¹²

Devido à importância da nutrição para manter a saúde e à conseqüente influência nos riscos de desenvolvimento de UPP, o presente estudo tem o objetivo de determinar a associação entre as classificações nutricionais e os escores de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados.

MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, intitulado: “Prevalência e incidência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos em João Pessoa”. É um estudo transversal, de base populacional e abordagem quantitativa, que foi desenvolvido em todas as instituições de longa permanência para idosos no município de João Pessoa-PB. A população foi constituída por todos os idosos residentes nas instituições - 321 - no período de janeiro a dezembro de 2013. Os dados foram coletados em duas etapas. Na primeira, os dados foram extraídos dos prontuários dos idosos, e na segunda, da entrevista propriamente dita feita com o idoso. Os dados foram coletados nas instituições por entrevistadores treinados.

Foi utilizado como instrumento para avaliar o risco nutricional a Mini Avaliação Nutricional-MAN®. A primeira parte da MAN é constituída de uma triagem, em que se investiga a diminuição da ingestão alimentar, a perda de peso, o estresse psicológico,

amobolidade, os problemas neuropsicológicos e o índice de massa corporal. A segunda parte da MAN é a avaliação global, que aborda o uso de medicamentos, a quantidade de refeições diárias, os tipos de refeição (frutas, legumes, verduras, carnes, aves, ovos), o consumo de líquidos, a presença de lesões, o modo de se alimentar, a autopercepção sobre o estado nutricional e a saúde e a circunferência do braço e da panturrilha.

O instrumento utilizado para avaliar o risco de desenvolver UPP foi a Escala de Braden, traduzida e validada no Brasil por Paranhos e Santos em 1999, a partir de um esquema conceitual, em que é explorada a inter-relação dos fatores de risco e os causais na gênese das UPP.¹³ Essa escala é composta por seis subescalas (percepção sensorial, umidade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento).

Para analisar os dados, construiu-se um banco de dados eletrônico, no programa *Excel*®. Os dados das entrevistas, após a revisão e a codificação, foram processados em microcomputador por duas pessoas, em dupla entrada. No término da digitação, procedeu-se à consistência entre os dois bancos de dados. Quando houve dados inconsistentes, verificou-se na entrevista original e realizou-se a correção. Foi feita a análise estatística por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais através do software SPSS versão 20.0.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba, segundo o Protocolo nº 0468/12, CAEE: 02043712.4.0000.5188.

RESULTADOS

Dos 321 idosos pesquisados, 243 (75,7%) eram do sexo feminino, 100 (31,2%) encontravam-se na faixa etária de 70 a 79 anos, e 127 (39,6%), de 80 a 89 anos, com média de idade de 81,09 anos, mediana de 82,00 e desvio-padrão de 9,38 anos. Em relação ao tempo de institucionalização, 173 (53,9%) idosos residiam entre 12 e 60 meses, com média de 62,21 meses, mediana de 42,00 e desvio-padrão de 66,26 meses.

Os idosos foram avaliados quando ao risco de desenvolver UPP através da Escala de Braden, e o risco nutricional, segundo a subescala 'Nutrição de Braden' (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo avaliações de risco. João Pessoa-PB, 2015.

Escore total de Braden	N = 321	100,0 %
Sem risco	175	54,5
Em risco	86	26,8
Risco moderado	22	6,9
Alto risco	33	10,2
Risco muito alto	5	1,6
Média= 18,29	Mediana= 19,00	DP ⁽¹⁾ = 3,91
Subescala Nutrição de Braden		
Pobre	9	2,8
Provavelmente inadequada	88	27,4
Adequada	162	50,5
Excelente	62	19,3

Em relação ao risco de desenvolver UPP, a Tabela 1 mostra que 146 (45,5%) dos idosos apresentavam algum nível de risco. Em se tratando da avaliação nutricional pela subescala ‘Nutrição’, 97 (30,2%) idosos apresentavam estado nutricional pobre ou provavelmente inadequada.

Na avaliação do estado nutricional, segundo a MAN, considerando a nutrição na gênese da UPP, dos 321 idosos pesquisados, 93 (28,9%) encontravam-se nutridos, 127 (39,6%) em risco de desnutrição, e 101 (31,5%) estavam desnutridos.

Para verificar a associação entre os resultados da Escala de Braden e a MAN, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, conforme Tabela 2, para mostrar que 175 (54,6%) dos idosos classificados não têm risco de desenvolver UPP, 76 (23,8%) apresentavam risco de desnutrição, e 18 (5,6%) estavam desnutridos. Quanto aos idosos em risco de desenvolver UPP, 41 (12,8%) estavam em risco de desnutrição, e 36 (11,2%) encontravam-se desnutridos.

Tabela 2: Distribuição conjunta para a classificação nutricional e de Braden - João Pessoa-PB, 2015.

Escala de Braden	Classificação nutricional (MAN®)						Total	Valor de p
	Adequado		Risco de desnutrição		Desnutrido			
	N	%	N	%	N	%		
Sem risco	81	25,2	76	23,8	18	5,6	175	54,6
Em risco	9	2,8	41	12,8	36	11,2	86	26,8
Moderado	2	0,6	4	1,2	16	5,0	22	6,8
Risco alto e Muito alto	1	0,3	6	1,8	31	9,7	36	11,8
Total	89	28,9	127	39,6	101	31,5	321	100,0

⁽¹⁾Através do teste Qui-Quadrado de Pearson

Para mensurar, mais precisamente, essa associação entre os resultados, recorreu-se ao teste de *Mantel-Haenszel* e à análise de correspondência simples, para a qual foram utilizadas duas dimensões, por garantir uma inércia total superior a 85%. O referido teste mostra a aproximação dos resultados, evidenciando que os mais próximos estão correlacionados (Figura 1).

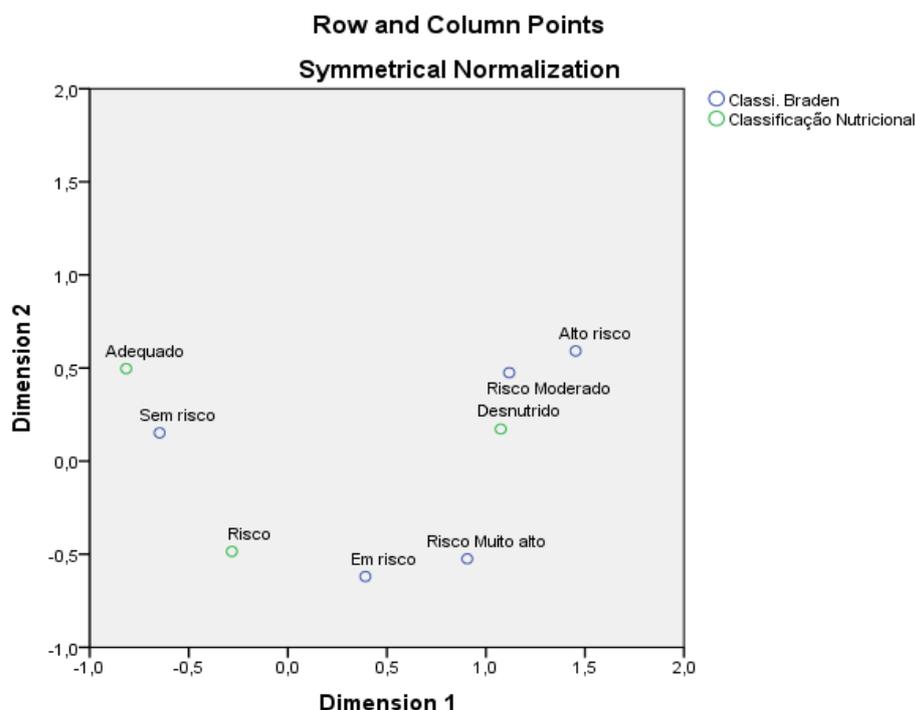


Figura 1: Análise de correspondência para o cruzamento das classificações da Mini Avaliação Nutricional e Escala de Braden - João Pessoa-PB, 2015.

Na Figura 1, observou-se que o alto risco e o risco moderado de desenvolver UPP estão associados à desnutrição, e que o risco muito alto e o risco de desenvolver UPP estão relacionados ao risco de desnutrição. Pode-se dizer, ainda, que o estado nutricional adequado está associado aos idosos que não apresentavam risco de desenvolver UPP.

DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, e o Brasil não é exceção nesse panorama, o que traz importantes repercussões sociais e econômicas com e a necessidade de desenvolver políticas específicas para a terceira idade. A limitação do estudo às ILPI se deve ao aumento da demanda por instituições que prestem serviços de assistência integral ao idoso.¹⁴

Neste estudo, a maioria dos pesquisados era do sexo feminino, com média de idade de 81,09 anos. Esse fato pode ser justificado, em parte, tanto pela presença maior de mulheres, quando comparado com a de homens na maioria dos grupos etários, ocasionado pelas maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens, quanto pela maior longevidade feminina.¹⁴⁻¹⁶ A institucionalização parece ser, em grande parte, uma questão feminina, também verificada em outros estudos.¹⁷⁻¹⁸

A utilização da Escala de Braden como preditora de risco identificou nessa casuística que a maioria dos idosos tem risco elevado de adquirir UPP. Em levantamento na literatura, foi observada a importância da utilização da Escala de Braden na prática clínica como instrumento muito útil de predição para o surgimento de úlcera por pressão ou sua recidiva. Por meio dela também é possível conhecer o risco individual de cada paciente e implementar medidas preventivas precocemente, condizentes com o risco identificado.¹⁹ O uso dessa escala para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP nos idosos se justifica por ser um instrumento utilizado com frequência na prática clínica e devido aos seus domínios, as subescalas. Neste estudo, a subescala ‘Nutrição’ se destacou.

Quanto ao risco de desenvolver UPP, 45,5% dos idosos pesquisados apresentavam algum grau de risco, o que pode estar relacionado ao aumento da idade, como verificado em outros estudos. Contudo, além da idade, a prevalência das condições crônicas que levam à diminuição da capacidade funcional nos idosos e a própria fisiologia do envelhecimento também são fatores que contribuem para elevar esse risco.²⁰⁻²¹

Levando em consideração a subescala ‘Nutrição’ de Braden, verificou-se que 69,8% dos idosos apresentavam estado nutricional adequado, mas, ao comparar com o resultado da

MAN, constatou-se que apenas 28,9% dos idosos estavam com o estado nutricional adequado.²² Assim, pode-se considerar que a subescala 'Nutrição', sozinha, não tem o poder de classificar o estado nutricional, razão pela qual se deve adotar o uso de escalas específicas para avaliar melhor o risco de desenvolvimento de UPP em determinados grupos, como os idosos, por exemplo.

Um estudo de coorte retrospectivo realizado na cidade de Porto Alegre-RS demonstrou que não há associação entre a avaliação pela subescala de nutrição e a ocorrência de UPP, alegando que essa subescala é frágil e não pode ser considerada capaz de intervir no risco de desenvolvimento de UPP na população pesquisada, já que ela avalia apenas a ingestão alimentar.²²

Avaliar o estado nutricional é uma medida que contribui essencialmente para prevenir o surgimento de doenças futuras.²³ Outro estudo menciona a importância da nutrição adequada na prevenção de UPP, que o estado nutricional interfere diretamente na reparação tecidual e é um dos fatores de risco para romper a pele.²⁴

Pesquisas apontam que o risco de desenvolver UPP é maior em pacientes desnutridos e que, quanto mais grave for a desnutrição, maior será a chance de desenvolver UPP em tamanho e número de lesões.²⁵ Neste estudo, foi grande o número de idosos em risco de desnutrição e desnutridos, segundo a avaliação feita pela MAN, 40,1% e 31,9%, respectivamente, o que significa que é preciso intervir no sentido de encaminhar esses idosos para se submeterem a uma avaliação mais acurada, com vistas a melhorar seu estado nutricional e, conseqüentemente, prevenir a ocorrência de outros agravos à saúde, tal como as UPP.

Corroborando essa preocupação, foi identificada associação significativa entre os idosos em risco de desenvolverem UPP, de desnutrição e desnutridos e os em risco de desnutrição e desnutridos com mais probabilidade de desenvolver UPP. Vários estudos têm demonstrado que há uma associação entre o desenvolvimento de UPP e o estado nutricional. Outros afirmam que o idoso com estado nutricional adequado tem bem menos chance de desenvolver UPP do que os que apresentam déficit nutricional.²⁶⁻²⁸

Ainda para demonstrar a associação existente, utilizando a técnica de Análise de Correspondência Simples (Figura 1), foi possível constatar que existe forte associação entre a MAN® e a Escala de Braden, ou seja, quanto mais debilitado for o estado nutricional, maior será o risco de desenvolver UPP. Assim, os idosos que apresentaram nutrição adequada estão próximos aos que não têm risco de desenvolver UPP e os que estão com alto risco e risco moderado de desenvolver UPP estão prestes à desnutrição.

Estudo descritivo transversal realizado em dois centros de atenção primária em Tarragona/Espanha com 100 pacientes mostrou alto risco de desenvolvimento de UPP em pacientes com desnutrição do que naqueles cujo estado nutricional é adequado.¹¹ Esse teste diz que, quanto mais próximos os domínios, maior será a associação entre as variáveis e que a utilização de duas dimensões é para determinar a área.

A condição de saúde do paciente é um fator de extrema importância na avaliação do risco de desenvolver UPP, já que a presença de determinadas morbidades pode reduzir o nível de mobilidade e de atividade (como doenças do sistema nervoso); interferir negativamente no fluxo sanguíneo e no aporte de nutrientes e de oxigênio para os tecidos (como doenças cardiorrespiratórias) ou, ainda, alterar a resposta imune do paciente, predispondo-o a infecções que podem agravar as condições de uma úlcera presente.¹⁵

A atuação de uma equipe multiprofissional integrada é de fundamental importância para melhorar a qualidade do cuidado prestado ao idoso. Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas contribuem com um cuidado mais completo e abrangente. É muito importante o enfermeiro saber identificar os fatores de risco de adquirir úlcera por pressão. Tal habilidade previne com facilidade as úlceras e contém os custos de cuidado de saúde.²⁹

CONCLUSÃO

A identificação dos idosos com risco de desenvolverem UPP e dos principais fatores a que cada paciente está exposto é fundamental para o estabelecimento individualizado de medidas preventivas, mesmo que inclusas em protocolos institucionais e sempre baseadas em raciocínio clínico para a interpretação dos resultados da avaliação.

Considerando as alterações no estado nutricional como um fator de risco para o desenvolvimento de UPP, o atual estudo mostrou que existe associação estatística que comprova que o idoso com estado nutricional adequado tem menos chance de ser acometido por esse mal. Por essa razão, alerta para que se aumente o número de pesquisas que abordem a temática, devido a dificuldades de encontrar outros trabalhos científicos que tratem da relação entre o estado nutricional e as úlceras por pressão nos idosos institucionalizados.

Para isso, a Escala de Braden vem sendo utilizada com frequência nos serviços, porém ainda requer atenção as suas interfaces e ao aprofundamento do conhecimento dos profissionais que as utilizam. Entretanto, a Mini Avaliação Nutricional, apesar de ainda ser

pouco utilizada na prática para avaliar o estado nutricional da população idosa, é um instrumento eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo. 2011 [cited 2015 Jan 30]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Indicadores sociais. 2010. [cited 2015 Jan 25]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_uf_zip.shtm>.
3. Vicente FR, Santos MA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(2):370-8.
4. Oliveira LPBA, Medeiros MF, Meirelles BS, Santos SMA. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia Saúde da Família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 33(4): 871-9.
5. Zenevicz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(2):433-9.
6. Storti LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(2):452-9.
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. Iizaka S, Okuwa M, Sugama J, Sanada H. The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition.* 2010; 29:47-53.
9. Heyman H, Meijer EP. Nutritional support in the treatment and prevention of pressure ulcers: An overview of studies with an arginine enriched Oral Nutritional Supplement. *Journal of Tissue Viability.* 2009;18:72-9.
10. Meijers JMM, Jackson PA, Langer G, Clark M, Halfens RJG. Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines. *Nutrition.* 2008;24:127-32.
11. Sancho A, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Aten. Primaria.* 2012;44(10):586-94.
12. Campos SF, Chagas ACP, Costa ABP, França REM, Jansen AK. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Rev. de Nutrição.* 2010; 23(5): 703-14.

13. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 1999; 33(n.esp): 191-206.
14. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev. Nutr.* 2008; 21(3): 303-310.
15. Silva DP, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf.* 2011; 13(1):118-23.
16. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(4): 864-61.
17. Colembergue JP, Conde SR. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. *Scientia Medica (Porto Alegre).* 2011; 21(2): 59-63.
18. Souza DMST, Santos VLCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev. Latino Am. Enferm.* 2007; 15:958-64.
19. Palhares VC, Neto AA. Prevalência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm UFPE on line.* 2014; 8(n. supl. 2):3647-53.
20. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta paul. Enferm.* 2010; 23(1): 28-34.
21. Pessoa EFR, Rocha JGSC, Bezerra SMG. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. *Rev. Interdisciplinar.* 2011;4(1):14-8.
22. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(2): 21-8.
23. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Ascutti LSR, Cavalcanti AL. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. de Salud Pública.* 2009; 11(6): 865-77.
24. Correia MITD, Renofio J, Serpa LF, Rezende R, Passos RM. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Projeto diretrizes. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2011.
25. Pedroni L, Bonatto S, Mendes K. O impacto da desnutrição no desenvolvimento e na gravidade das úlceras por pressão: uma revisão da literatura. **RBCEH.** 2012;11(1):89-102.
26. Brito PA, Generoso SDV, Correia MITD. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in brazil and association with nutritional status-A multicenter, cross-sectional study. *Nutrition.* 2013;29(4):646-9.
27. Cowan LJ et al. Enhancing braden pressure ulcer risk assessment in acutely ill adult veterans. *Wound Repair and Regeneration.* 2012; 20(2): 137-148.
28. Perrone F, Paiva AA, Souza LMI, Faria CS, Paese MCS, Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. *Rev. de Nutrição.* 2011; 24(3):431-8.
29. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):597-601.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, assim como no mundo, a população vem envelhecendo rapidamente. Então, é necessário e fundamental criar estratégias para promover a saúde dos idosos, visando melhorar a qualidade da vida daqueles que residem em instituições de longa permanência.

Os idosos que estão institucionalizados precisam de mais atenção quanto à ocorrência de UPP, devido à fragilidade social, psicológica e física em que podem se encontrar. Além desses, a ausência de suporte familiar, o isolamento social, a falta de privacidade, o déficit de registros sistematizados de diagnósticos médicos e de enfermagem, as atividades cotidianas reduzidas são aspectos frequentemente encontrados nessa população.

De maneira geral, no presente estudo, observou-se associação entre o risco de desenvolver UPP avaliado pela escala de Braden e o risco nutricional avaliado pela MAN® em idosos institucionalizados, ou seja, os idosos em risco de desenvolver UPP podem ser detectados através da avaliação nutricional. Esse dado é encontrado em outros estudos, porém existem muitos outros fatores que aumentam ou diminuem esse risco, como, por exemplo, a mobilidade, as doenças crônicas e a idade avançada. Mostrou também que a maioria dos idosos apresentava-se em risco de se desnutrição ou já estavam desnutridos.

A avaliação da Escala de Braden feita de modo mais analítico pelos enfermeiros sem se deter apenas à pontuação total, mas analisando também as subescalas detalhadamente como uma avaliação de alerta de risco, tem mais chance de identificar os cuidados específicos a serem implementados nos pacientes para prevenir UPP. Assim, é possível minimizar o aparecimento de UPP, implantando cuidados direcionados aos idosos mesmo que eles estejam sem risco de pontuação total.

A identificação de um número elevado de idosos em risco de desnutrição e desnutridos reforça um panorama de risco e de vulnerabilidade também retratado em outros trabalhos. Considerando a magnitude e as implicações associadas aos desvios nutricionais, alerta-se para a necessidade de políticas públicas e estratégias de ação direcionadas ao cuidado nutricional desses idosos.

Sugere-se, portanto, que a investigação dos aspectos relacionados à nutrição seja incluída na avaliação multidimensional de saúde do idoso realizada pelos enfermeiros e demais profissionais da área de saúde. Também devem ser feitos mais estudos sobre a temática, a fim de contribuir para a produção de conhecimentos que possam refletir em melhores práticas de saúde no âmbito da ILPI, com vistas a uma assistência integral e resolutiva à pessoa idosa.

A relevância deste trabalho relaciona-se à ampliação do conhecimento de dois problemas frequentes: as úlceras por pressão e o déficit nutricional, uma vez que os estudos que abordem ambas as temáticas em idosos residentes em ILPI são ainda escassos, incipientes ou pouco efetivos, sem impacto na prática profissional.

Através deste, busca-se contribuir para estimular os profissionais de saúde a refletirem sobre a responsabilidade de se atualizar e de aplicar medidas preventivas para reduzir os casos de úlceras por pressão e o estado nutricional inadequado, assim como propor ou definir novas estratégias assistenciais dentro das políticas de saúde, para planejar o cuidado e incluir escalas de avaliação de risco para UPP, como a Escala de Braden, e escalas de avaliação nutricional, como a Mini Avaliação Nutricional ou outras, para que os cuidados prestados aos idosos sejam mais efetivos.

Ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro nesse processo, visto que não existem estudos que mostrem o papel da Enfermagem na avaliação do estado nutricional e a possível prevenção de agravos, como as UPP, já que o enfermeiro é o profissional diretamente ligado ao cuidado que acompanha e evolui o paciente, lembrando que a equipe multiprofissional deve atuar fortemente nesse processo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Paz RC, Fazzio DMG, Santos ALB. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. *Revista* 2012. 2012; 1(1):9-18.
2. Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(1): 22-24.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Indicadores sociais. 2010. [cited 2015 Jan 25]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_uf_zip.shtm>.
4. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev. Enferm. UFPE on line*. 2013; 7(10): 6027-6013.
5. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(3): 492-99.
6. Brasil. Lei 10.741-01 Out. 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. In: *Estatuto do Idoso*. Brasília, 2006.
7. Freitas MC, Pereira RF, Guedes MVC. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. *Rev. Cienc. Cuid. Saúde*. 2010; 9(3): 518-26.
8. Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1): 147-53.
9. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência Funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev. Bras. Enferm*. 2012; 65(3):482-7.
10. 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.
11. Ferreira JDL, Aguiar ESS, Soares MJGO, Silva MA, Oliveira SHS. Risco e prevalência de úlcera por pressão em usuários da rede básica de saúde. *Rev. Enferm. UFPE Online*. 2012; 6(9): 2045-51.
12. Perrone F, Paiva AA, Souza LMI, Faria CS, Paese MCS, Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. *Rev. de Nutrição*. 2011; 24(3): 431-8.
13. Correia MITD, Renofio J, Serpa LF, Rezende R, Passos RM. *Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Projeto diretrizes. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2011.
14. Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2010; 22(2): 175-85.
15. Serpa LF, Santos VLGC. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21(2): 367-9.
16. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(5): 597-601.

17. Campos SF, Chagas ACP, Costa ABP, França REM, Jansen AK. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Rev. de Nutrição*. 2010; 23(5): 703-14.
18. Colembegue JP, Conde SR. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2011; 21(2): 59-63.
19. Fernandes NCN, Amaral JPBV. Conhecimento da equipe multidisciplinar sobre prevenção, avaliação e tratamento de úlcera por pressão no Hospital Universitário Sul Fluminense/RJ. *Rev. Estação Científica*. 2012; 1:1-10.
20. Gomes FSL, Magalhães MBB. Úlcera por pressão. In: Borges EL et al. *Feridas: como tratar*. 2º Ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 189-223.
21. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(2): 333-39.
22. European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2009. [cited 2015 Jan 13]. Available from: <http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf>
23. Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *J. res. fundam. Care*. 2014; 6(2): 793-804.
24. Resende DM, Bachion MM, Araújo LAO. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Acta paul. Enferm*. 2006; 19(2): 168-173.
25. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011; 45(2): 313-18.
26. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013; 34(2): 21-8.
27. Santos HSD. Conhecimento dos enfermeiros no que concerne a prevenção de úlceras de decúbito em idosos hospitalizados. João Pessoa. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade Federal da Paraíba; 2008.
28. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(6): 914-20.
29. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta paul. Enferm*. 2010; 23(1): 28-34.
30. Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. Envelhecimento populacionais e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cad. Saúde Colet*. 2010; 18(4): 50-82.
31. Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1): 1-8.
32. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman A. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs. Res. New York*. 1987; 36(4):205-10.

33. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Decubitis*. 1989; 2(3): 44-51.
34. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 1999; 33(n.esp): 191-206.
35. Bergstrom N et al. Prediction pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs. Res*. 1998; 47(5): 261-69.
36. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das subescalas de Braden como indicadores de risco para úlcera por pressão. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(4): 864-61.
37. Martin FG, Nebuloni CC, Najas S. Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012; 15(3): 493-504.
38. Sousa VMC, Guariento ME. Avaliação do idoso desnutrido. *Rev. Brasileira de Clínica Médica*. 2009; 7:46-49.
39. Paula HAA, Oliveira FCE, José JFBS, Gomide CI, Alfenas RCG. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. *Revista Brasileira Nutrição Clínica*. 2007; 22(4): 280-85.
40. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS); 2010. p. 96.
41. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Nutrition support core curriculum: a case based approach: the adult patient. Silver Spring (MD): ASPEN; 2007.
42. Emed TCXS, Kronbauer A, Magnoni D. Miniavaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. *Rev. Brasileira de Nutrição Clínica*. 2006; 21(3): 219-23.
43. Spinelli RB, Zanardo VPS, Schneider RH. Avaliação nutricional, pela mini avaliação nutricional, de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região norte do Rio Grande do Sul. *RBCEH, Passo Fundo*. 2010; 7(supl. 1):47-57.
44. Ribeiro JKS. Avaliação do risco para desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal da Paraíba; 2013.
45. Castro PR, Frank AA. Mini avaliação nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. *Estud. interdiscipl. Envelhec*. 2009; 14(1): 45-64.
46. Guigoz Y, Vellas B. A Mini Avaliação Nutricional (MAN) na classificação do estado nutricional do paciente idoso: apresentação, história e validação da MAN. In: *Mini Avaliação (MAN) pesquisa e prática no idoso*. Vevey, Suíça: Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Programme; 1998.
47. Moreira T MM. Rastreamento e avaliação nutricional de um grupo de idosos do Lar de São José da Covilhã. Tese [Trabalho de Investigação] – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto; 2009.
48. Sperotto FM, Spinelli RB. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência para idosos no município de Erechim-RS. *Perspectiva*. 2010; 34(125): 105-16.

49. Boscatto IC, Duarte MFS, Coqueiro RS, Barbosa AR. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. *Rev. Assoc. Med Bras.* 2013; 59(1): 40-7.
50. Araújo CLO, Souza LA, Faro ACM. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *História da Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Memória da Enfermagem Brasileira. Rev. Eletrônica Brasília.* 2010; 1(1): 250-62.
51. Ximenes M A, Côrte B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2007; 11: 29-52.
52. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev. Científica Internacional.* 2012;1(20):106-32.
53. Lisboa CR. Risco para úlcera por pressão e idosos institucionalizados. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
54. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- 55 - Sitta EI, Arakawa AM, Caldana ML, Peres SHCS. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(6): 1059 – 66.
56. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2003; 12(4): 189-201.
57. Rodrigues WC. Metodologia Científica. 2007 [cited 2014 Set 09]. Available from: <http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf>.
58. Ayello EA. Predicting pressure ulcer risk. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults.* New York. Revised 2007 [cited 2014 Set 10]. Available from: <www.hartfordign.org/publications/trythis>.
59. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1985; 33(2): 116-20.
60. Chumlea WC, Guo SS, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of American Dietetic Association.* 1988; 88(5): 564-68.
61. Willett W. *Nutritional epidemiology.* 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1998.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, DF, 1996.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE I (IDOSO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com o item IV da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Estou realizando uma pesquisa intitulada provisoriamente de **Prevalência e incidência de úlcera por pressão em instituições de longa permanência para Idosos em João Pessoa**, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa objetiva **Analisar a prevalência e incidência das úlceras por pressão em idosos acamados ou com mobilidade física prejudicada, residentes nas ILPI do município de João Pessoa.**

Este projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e da Secretaria Municipal de Saúde e está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Congresso Nacional de Saúde, que regulamente a realização de pesquisa com seres humanos.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa destinar-se-ão à confecção da tese de doutorado, posterior encaminhamento para publicação em periódico especializado em forma de artigo e apresentação em eventos científicos da área.

Solicitamos sua participação nesta pesquisa, como sujeito de investigação, no consentimento em responder questionário, participar de intervenção educativa e atividade de observação.

Esclarecemos que será mantido anonimato dos participantes, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a participação neste, não acarretará ônus de espécie alguma, nem tão pouco, remuneração pela participação. Acrescentamos ainda que o participante poderá desligar-se da pesquisa a qualquer momento.

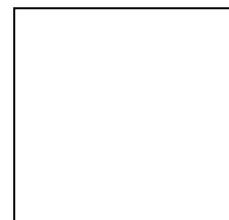
Colocamo-nos a disposição, como pesquisadores, para tirar qualquer dúvida que surgir e a realizar esclarecimentos sobre a participação nesta pesquisa e sobre o desenvolvimento da mesma em suas diversas fases.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Nome do Idoso (apenas as iniciais): _____

Assinatura: _____

João Pessoa, _____ de _____ de _____.



Espaço para impressão dactiloscópica

Eu, **Mirian Alves da Silva**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

Contato: fone: (83)96158200 e-mail: miads.enf@gmail.com

Assinatura do pesquisador _____

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Agradecemos sua colaboração!

APÊNDICE II (CUIDADOR/RESPONSÁVEL INSTITUCIONAL)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com o item IV da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Estou realizando uma pesquisa intitulada provisoriamente de **Prevalência e incidência de úlcera por pressão em instituições de longa permanência para Idosos em João Pessoa**, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa objetiva **Analisar a prevalência e incidência das úlceras por pressão em idosos acamados ou com mobilidade física prejudicada, residentes nas ILPI do município de João Pessoa.**

Este projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e da Secretaria Municipal de Saúde e está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Congresso Nacional de Saúde, que regulamente a realização de pesquisa com seres humanos.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa destinar-se-ão à confecção da tese de doutorado, posterior encaminhamento para publicação em periódico especializado em forma de artigo e apresentação em eventos científicos da área.

Solicitamos sua participação nesta pesquisa, como sujeito de investigação, no consentimento em responder questionário, participar de intervenção educativa e atividade de observação.

Esclarecemos que será mantido anonimato dos participantes, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a participação neste, não acarretará ônus de espécie alguma, nem tão pouco, remuneração pela participação. Acrescentamos ainda que o participante poderá desligar-se da pesquisa a qualquer momento.

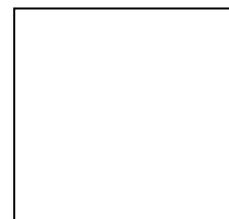
Colocamo-nos a disposição, como pesquisadores, para tirar qualquer dúvida que surgir e a realizar esclarecimentos sobre a participação nesta pesquisa e sobre o desenvolvimento da mesma em suas diversas fases.

Declaro estar ciente do exposto e desejar que (apenas as iniciais) _____ participe da pesquisa.

Nome do Responsável (apenas as iniciais): _____

Assinatura: _____

João Pessoa, _____ de _____ de _____.



Espaço para impressão dactiloscópica

Eu, **Mirian Alves da Silva**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

Contato: fone: (83)96158200 e-mail: miads.enf@gmail.com

Assinatura do pesquisador _____

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Agradecemos sua colaboração!

ANEXOS

ANEXO A**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Mirian Alves da Silva, CPF nº 335.765.214-53, autorizo a utilização dos dados constantes no banco de dados proveniente da minha pesquisa de doutorado, intitulada “Prevalência e Incidência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos em João Pessoa”, por Josefa Danielma Lopes Ferreira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB em sua dissertação de mestrado, desde que sejam dados os devidos créditos.

João Pessoa, 21 de julho de 2014

Mirian Alves da Silva
Mirian Alves da Silva

ANEXO B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
Nome do entrevistador (a): _____	
Data da entrevista: ____ / ____ / ____	
Instituição: _____	
Iniciais do nome: _____	
Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos	
SEÇÃO A. Dados sócio-demográficos:	
A1) Sexo: (1)M (2) F	
A2) Idade: _____ (anos completos)	
A3) Escolaridade: A3a) Grau de instrução: (1) Analfabeto(a) (2) Alfabetizado(a) (3) Nível fundamental completo (4) Nível fundamental incompleto (5) Nível médio completo (6) Nível médio incompleto (7) Nível superior completo (8) Nível superior incompleto (99) NS/NR A3b) Quantos anos frequentou a escola? _____ anos (Se nenhum colocar "0")	
A4) Cor ou etnia: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5)Parda	
A5) Estado civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3)Viúvo(a) (4) União Estável (5) Divorciado(a) (6) Separado(a) (99) NS/NR	
A6) Número de filhos: _____ (99) NS/NR	
A7) Renda: (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR A7a) Proveniente de: (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Aluguel (4) Doações (família, amigos) (5) Outras: _____ A7b) Valor mensal (Referente ao salário mínimo brasileiro: 622,00) (1) Menos que 1 salário (2) De 1 à 3 salários (3) De 3 à 5 salários (4) Mais que 5 salários (99) NS/NR	
A8) Tempo na Instituição: _____ dias; _____ meses; _____ anos	
A9) Quem encaminhou pra a instituição: (1) Hospital (2) Serviço Social (3) Familiares (4) Vontade própria (5) Outros: _____ (99) NS/NR	
A10) Serviço de saúde que utiliza: (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Outros: _____ (99) NS/NR	

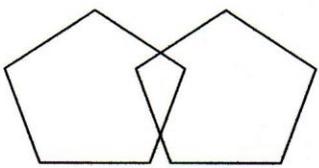
SEÇÃO B. Dados clínicos:			
B1) Doença de base:			
B1a) Doenças osteoarticulares:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1b) Câncer - Qual? _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1c) Diabetes Mellitus:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1d) Acidente Vascular Encefálico:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1e) Doença Cardíaca:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1f) Doença vascular periférica:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1g) Doença Neurológica	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
() Parkinson () Alzheimer () Outra: _____			
B1h) Hipertensão Arterial:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1i) Obesidade ou magreza significativas:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1j) Paralisia - Local: _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1k) Visão Prejudicada (catarata/glaucoma):	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1l) Cegueira:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1m) Audição Prejudicada:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1n) Surdez:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1o) Problemas respiratórios:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
B1p) Outras- Quais? _____:	(1) Não	(2) Sim	(99) NS/NR
SEÇÃO C. Fatores de risco para UPP:			
C1) Tabagista:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C1a) Por quanto tempo? _____ anos (99) NS/NR			
C1b) Quantos cigarros/dia:			
(1) 1 à 10 cigarros/dia			
(2) 10 à 20 cigarros/dia			
(3) 20 à 30 cigarros/dia			
(4) 30 à 40 cigarros/dia			
(5) Mais que 50 cigarros/dia			
C2) Etilista:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C2a) Por quanto tempo? _____ anos (99) NS/NR			
C3) Presença de edema:			
(1) Não (2) Sim			
C3a) Localização: _____			
C4) Higienização da pele:			
(1) Mais de um banho diário (2) Banho diário (3) Banho em dias alternados			
(4) Banho sem tempo determinado (99) NS/NR			
C5) Histórico de fraturas (prévia e/ou atual):			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C5a) Localização: _____			
C6) Incontinência fecal:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C7) Incontinência urinária:			
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR			
C7a) Uso de fralda			
C7b) Uso de Sonda vesical			
C7c) Outros			
C7d) Nenhuma proteção			

<p>C8) Déficits cognitivos: (1) Não (2) Sim C8a) Nível alterado de consciência C8b) Sedação C8c) Doença de Alzheimer ou outras demências C8d) Depressão</p>
<p>C9) Limitação Física: (1) Não (2) Sim C9a) O idoso deita, levanta, senta e deambula com autonomia própria C9b) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de instrumento de apoio C9c) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de uma pessoa C9d) O idoso deita, levanta, senta e deambula com auxílio de duas pessoas C9e) O idoso levanta e senta com ajuda, mas não deambula C9f) O idoso é colocado sentado ou transferido de local sendo carregado C9g) Não sai da cama (acamado)</p>
<p>SEÇÃO D. Medicamentos utilizados:</p>
D1) Corticosteróides: (1) Não (2) Sim
D2) Antimicrobianos: (1) Não (2) Sim
D3) Anti-hipertensivos: (1) Não (2) Sim
D4) Analgésicos: (1) Não (2) Sim
D5) Antidepressivos/ Ansiolíticos: (1) Não (2) Sim
D6) Anti-histamínicos: (1) Não (2) Sim
D7) Quimioterápicos oncológicos: (1) Não (2) Sim
D8) Antiagregante plaquetário: (1) Não (2) Sim
D9) Antiácido: (1) Não (2) Sim
D10) Hipoglicemiante: (1) Não (2) Sim
D11) Diuréticos: (1) Não (2) Sim
D12) Outros: _____
Da) Total de medicamentos utilizados: _____
<p>SEÇÃO E. Portador de UPP:</p>
(1) Não (2) Sim
E1) Quantas UP: _____ (Se nenhuma colocar "0")
E2) Tratamento utilizado: _____ (99) NS/NR
E3) Caracterização das UP: (Se nenhuma colocar "0")
<p>(L) Localização: UP 1 () UP 2 () UP 3 () UP 4 ()</p> <p>1- Occipital 2- Escapular direita 3- Escapular esquerda 4- Dorsal 5- Cotovelo direito 6- Cotovelo esquerdo 7- Sacral 8- Isquiática direita 9- Isquiática esquerda 10- Trocanter direito 11- Trocanter esquerdo 12- Joelho direito 13- Joelho esquerdo 14- Maléolo direito 15- Maléolo esquerdo 16- Calcâneo direito 17- Calcâneo esquerdo 18- Pavilhão auditivo direito 19- Pavilhão auditivo esquerdo 20- Margem lateral do pé direito 21- Margem lateral do pé esquerdo 22- Outro: _____</p>
<p>(C) Classificação (NPUAP): UP 1 () UP 2 () UP 3 () UP 4 ()</p> <p>1- Suspeita de lesão tissular profunda 2- Estágio I 3- Estágio II 4- Estágio III 5- Estágio IV 6- UPP que não podem ser classificadas</p>

(M) Mensuração:	
UP 1: largura x comprimento = _____ cm ²	Profundidade: _____ cm
UP 2: largura x comprimento = _____ cm ²	Profundidade: _____ cm
UP 3: largura x comprimento = _____ cm ²	Profundidade: _____ cm
UP 4: largura x comprimento = _____ cm ²	Profundidade: _____ cm
E3) Já teve UPP anteriormente?	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
E3a) Há quanto tempo atrás? _____	(99) NS/NR
E3b) Onde era a localização? _____	(99) NS/NR
E3c) Qual o tempo de cicatrização? ____ dias; ____ meses; ____ anos	(99) NS/NR
E3d) Qual o tratamento utilizado? _____	(99) NS/NR
SEÇÃO F. Cuidados realizados:	
F1) Possui:	
(1) Cuidador Individual (2) Cuidador da Instituição	
F2) Dependente para mudança de decúbito:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F2a) De quanto em quanto tempo: _____	horas (Se nenhum colocar "0")
F3) Uso de travesseiros, almofadas ou similares nas proeminências ósseas:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F4) Ingestão frequente de líquido:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F5) Procura manter os lençóis da cama bem esticados:	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F6) Os lençóis estão limpos e livres de resíduos de alimentos?	
(1) Não (2) Sim (99) NS/NR	
F7) Cuidados com a pele:	
(1) Nenhum (2) Uso de hidratantes (3) Uso de Óleos (4) Uso de pomadas	
(5) Outros: _____	
Fonte: Instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras	

SEÇÃO G: Minixame do Estado Mental (MEEM)

<p>G1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</p>				<p align="center">CORITEM</p> <p align="center">(5 ITENS)</p>
Ano	()acertou	()errou	()Não sabe	
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe	
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe	
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe	
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe	
<p>G2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)</p>				<p align="center">CORIESP</p> <p align="center">(5 ITENS)</p>
Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe	
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe	
Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe	
Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe	
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe	
<p>G3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome) Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram. <i>Lembrou = 1 Não lembrou = 0</i> Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?</p>				<p align="center">CREGTOT</p> <p align="center">(3 ITENS)</p>
Árvore	()conseguiu	()não conseguiu		
Mesa	()conseguiu	()não conseguiu		
Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu		
<p>Número de repetições: _____</p>				
<p>G4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero). Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos</p>				<p align="center">CATCATOT</p> <p align="center">(5 ITENS)</p>
100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe	
93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe	
86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe	
79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe	
72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe	
<p>Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Soletre a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação)</p>				
()acertou	()errou	()Não sabe		

<p>G5) MEMÓRIA DE EVOCÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem</p> <p>Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Árvore</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cachorro</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>		Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe	Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe	Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CMEMEVO</p> <p>(3 ITENS)</p>
Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe											
Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe											
Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe											
<p>G6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</p> <p>Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Caneta</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Relógio</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>		Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe	Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CLINGGEM</p> <p>(2 ITENS)</p>				
Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe											
Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe											
<p>G7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.</p> <p>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Conseguiu ()</td> <td>Não conseguiu ()</td> </tr> </tbody> </table>		Conseguiu ()	Não conseguiu ()	<p>CREPFRA</p>										
Conseguiu ()	Não conseguiu ()													
<p>G8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe:</p> <p>Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Fechou os olhos () (1 ponto)</td> <td>Não fechou os olhos () (zero)</td> </tr> </tbody> </table>		Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)	<p>CVISAO</p>										
Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)													
<p>G9) Diga ao idoso (a):</p> <p>Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Pegue o papel com a mão direita</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dobre esse papel ao meio</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Ponha-o no chão</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>		Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe	Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe	Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CATIVI</p> <p>(3 ITENS)</p>
Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe											
Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe											
Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe											
<p>G10) Diga ao idoso(a):</p> <p>O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?</p> <p>Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)</p> <p>_____</p>		<p>CFRASE</p>												
<p>G11) Diga ao idoso(a):</p> <p>Por favor, copie este desenho:</p>  <p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)</p> <p>Pontuação Final: _____</p>		<p>CDESEN</p> <p>CPONTOF</p>												
<p>Se pontuação ≥ 19 não apresenta déficit</p>		<p>*Fonte: Folstein et al. (1975)</p>												

SEÇÃO H: Mini Avaliação Nutricional*

Preencher a parte I deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

Altura: _____ cm Peso: _____ kg IMC: _____
 AJ: _____ cm CB: _____ cm CP: _____ cm PCS: _____ mm

Parte I - Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	()
B Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um a três quilos 3 = sem perda de peso	()
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	()
D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	()
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	()
F Índice de massa corpórea ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m]}^2$) 0 = $IMC < 19$ 1 = $19 \leq IMC < 21$ 2 = $21 \leq IMC < 23$ 3 = $IMC \geq 23$	()
Escore da triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12 pontos ou mais – normal; desnecessário continuar a avaliação 11 pontos ou menos – possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação	()
Parte II – Avaliação global	
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 0 = não 1 = sim	()
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	()

I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	()
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	()
K O paciente consome: - pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? () Sim () Não - duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? () Sim () Não - carne, peixe ou aves todos os dias? () Sim () Não 0,0 = nenhuma resposta Sim 0,5 = duas respostas Sim 1,0 = três respostas Sim	()
L O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? 0 = Não 1 = Sim	()
M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos	()
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	()
O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita ser desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problema nutricional	()
P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 1,0 = boa 2,0 = melhor	()
Q Circunferência do braço (CB) em cm 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	()
R Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	()
Avaliação global (máximo 16 pontos)	()
Escore da triagem	()
Escore total (máximo de 30 pontos)	()

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
≥ 24 pontos - estado nutricional adequado ()
de 17 a 23,5 pontos – risco para desnutrição ()
menos de 17 pontos – desnutrido ()

Fonte: Société d s Produits Nestlé S.A. (1998)

Fórmula de Chunlea e Cols (1987)

→ Estimativa de peso:

Homens:

$$(1,73 \times CB) + (0,98 \times CP) + (0,37 \times PCS) + (1,16 \times AJ) - 81,69$$

Mulheres:

$$(0,98 \times CB) + (1,27 \times CP) + (0,4 \times PCS) + (0,87 \times AJ) - 62,35$$

→ Estimativa da altura:

Homens:

$$[63,19 - (0,04 \times \text{idade})] + (2,02 \times AJ)$$

Mulheres:

$$[84,88 - (0,24 \times \text{idade})] + (1,83 \times AJ)$$

Onde:

CB = circunferência do braço (cm)

CP = circunferência da panturrilha (cm)

PCS = prega cutânea subescapular (mm)

AJ = altura do joelho (cm)

SEÇÃO I: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD – KATZ)*

Abreviações: I – Independência; A – Dependência parcial; D – Dependência total

II. BANHO
(1) I: não recebe assistência
(2) A: assistência para uma parte do corpo
(3) D: não toma banho sozinho
II.2. VESTUÁRIO
(1) I: veste-se sem assistência
(2) A: assistência para amarrar sapatos
(3) D: assistência para vestir-se
III. HIGIENE PESSOAL
(1) I: vai ao banheiro sem assistência
(2) A: recebe assistência para ir ao banheiro
(3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
IV. TRANSFERÊNCIA
(1) I: deita, levanta e senta sem assistência
(2) A: deita, levanta e senta com assistência
(3) D: não levanta da cama
V. CONTINÊNCIA
(1) I: controle esfinteriano completo
(2) A: acidentes ocasionais
(3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente
VI. ALIMENTAÇÃO
(1) I: sem assistência
(2) A: assistência para cortar carne/manteiga no pão
(3) D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV

*Fonte: KATZ *et al.*, (1963) adaptação transcultural de LINO *et al.*, (2008).

Interpretação (Katz & Akpom):

- 0: independente em todas as seis funções;
- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas;
- 3: independente em três funções e dependente em três;
- 4: independente em duas e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções

SEÇÃO J: Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão

				Data da avaliação:				
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 seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar desconforto, exceto através de gemidos ou incoerências. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar 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 défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.				
Unidade Nível de exposição da pele à unidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido à sudorese, urina, etc. E há elevada unidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: 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 cama 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. Levemente 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				
Alimentação Alimentação habitual	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 lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	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, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.				
Fricção e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	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 escorrega.	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.					

Nota 1: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão. 19 pontos (sem risco); 15 a 18 pontos (em risco); 13 a 14 pontos (risco moderado); 10 a 12 pontos (alto risco); < 9 pontos (risco muito alto)

Nota 1: Tabela transcrita, reformata e colocada em Português/Brasil por Mirian Alves da Silva

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

Pontuação total

SEÇÃO K: INSTRUMENTO SF-36 – PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

(circule uma opção em todas as respostas)

K1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- Excelente.....1
- Muito boa2
- Boa.....3
- Ruim.....4
- Muito ruim.....5

K2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
- Quase a mesma de um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

K3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?**

ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro .	1	2	3
h. Andar vários quarteirões .	1	2	3
i. Andar um quarteirão .	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

K4. Durante as últimas **4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou em outras atividades?	1	2

K5. Durante as últimas **4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

K6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

K7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Moderada.....3
- Grave.....4
- Muito grave.....5

K8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

- De maneira alguma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

K9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, Em relação às **últimas 4 semanas?**

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada possa animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

K10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

K11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?					
	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
Eu acho que a minha saúde vai melhorar.	1	2	3	4	5
Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

SEÇÃO L: WHOQOL – BREF (ABREVIADO)

(Circule um número para cada resposta)					
L1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa	EAAQV
1	2	3	4	5	
L2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	EASATS
1	2	3	4	5	
→ As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.					
L3) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EADORPR
1	2	3	4	5	
L4) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EATRAME
1	2	3	4	5	
L5) O quanto você aproveita a vida?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EAAPROV
1	2	3	4	5	
L6) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EAVISEN
1	2	3	4	5	
L7) O quanto você consegue se concentrar?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EACONC
1	2	3	4	5	
L8) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EASEGVD
1	2	3	4	5	
L9) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	EASAUAF
1	2	3	4	5	
→ As seguintes questões perguntam sobre Quão completamente você tem sentido ou capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.					
L10) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	EAENSUF
1	2	3	4	5	
L11) Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	EAACEAF
1	2	3	4	5	

L12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	<i>EADINSUF</i>
1	2	3	4	5	
L13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	<i>EAINFDD</i>
1	2	3	4	5	
L14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer ?					
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	<i>EAOPOLAZ</i>
1	2	3	4	5	
L15) Quão bem você é capaz de se locomover?					
Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	<i>EABEMLOC</i>
1	2	3	4	5	
L16) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EASATSON</i>
1	2	3	4	5	
L17) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EASATDD</i>
1	2	3	4	5	
L18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EACATRAB</i>
1	2	3	4	5	
L19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EASAMESM</i>
1	2	3	4	5	
L20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EARELPES</i>
1	2	3	4	5	
L21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EARELSEX</i>
1	2	3	4	5	
L22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	<i>EASAPOAM</i>
1	2	3	4	5	

L23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5	<i>EASACOLM</i>
L24) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5	<i>EASAAS</i>
L25) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					
Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5	<i>EASAMT</i>
→As seguintes questões referem-se a <u>com que frequência</u> você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas					
L26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
Nunca 1	Algumas vezes 2	Freqüentemente 3	Muito freqüentemente 4	Sempre 5	<i>EAFSENN</i>

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 12ª Reunião realizada no dia 11/12/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM JOÃO PESSOA” da Pesquisadora Mirian Alves da Silva. Prot. nº 0468/12, CAAE: 02043712.4.0000.5188.

Igualmente, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO D



Normas de formatação*

Quanto a:

IDENTIFICAÇÃO

1. O TÍTULO deverá ser formatado em:

- a) Fonte Verdana, Tamanho 12, idioma PORTUGUÊS, letra maiúscula somente na primeira palavra, Negrito, Justificado e espaçamento DUPLO entrelinhas
- b) Conter o DESENHO DE PESQUISA (METODO) utilizado, preferencialmente no final, precedido de dois pontos (:)
- c) O uso de siglas está vedado
- d) Utilizar letra maiúscula em início de substantivos próprios.

Ex:

Study of Unna boot compared to use of elastic bandage in patients with venous ulcers: clinical trial

2. Os títulos das seções devem estar em letras MAIÚSCULAS COM NEGRITO.

Ex:

CONCLUSÃO

3. A revista **NÃO** considera QUALITATIVO ou QUANTITATIVO como método, mas sim como abordagem.

4. Somente serão aceitas as submissões no idioma pátrio do primeiro autor. Ou seja, brasileiros submetem em português.

5. Limite de 6 autores.

6. A versão para submissão não deve constar autoria ou afiliação.

NORMALIZAÇÃO

7. Não colocar numeração nas páginas.
8. Deverá ser mantido um espaçamento de duas linhas duplas entre as seções do texto.
9. Adotar o termo **MÉTODO** em detrimento a metodologia.
10. As seções **RESULTADOS** e **DISCUSSÃO** são obrigatórias e devem ser separadas.
11. Usar o termo **CONCLUSÃO** em detrimento a considerações finais.
12. Número máximo de palavras por seção de submissão:

TIPO DE SEÇÃO	PALAVRAS
Resumos de tese e dissertações; Notas prévias	1000
Resultados preliminares; Notas de pesquisa	2000
Artigos originais e demais seções	5000

13. O número de palavras é contabilizado do título à última referência, incluindo resumo.
14. O conteúdo das submissões deverá obedecer a seguinte formatação:
 - a) Fonte Verdana, Tamanho 10, Justificado, Espaçamento entrelinhas duplo
 - b) SEM recuo de parágrafo
 - c) TODAS as margens com 2,5 cm
15. Citações de dados empíricos, como de entrevistas, devem ser apresentadas em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico e sem aspas, com espaço simples e recuo de 2 cm da margem esquerda.
16. A data da coleta dos dados deve estar expressa e limitada em ATÉ 3 ANOS ANTES da DATA DE SUBMISSÃO.
17. O arquivo anexo deverá estar no formato **Microsoft Word, até a versão 2003**.
18. Digitalizar os comprovante de pagamento das taxas de submissão e publicação e enviar para financeiroobjn@enf.uff.br
19. A partir do volume 1 de 2013 os artigos serão enviados para o *CrossCheck*[®]. Na eventualidade de indícios de plágio, o mesmo não será publicado e não haverá devolução de quaisquer investimentos realizados.

RESUMO

20. O RESUMO deverá ser estruturado e conter até 150 palavras, espaçamento simples, contendo obrigatoriamente as seguintes seções destacadas em negrito: objetivo(s), método, resultado, discussão, conclusão e descritores. Para o RESUMO, as seções INTRODUÇÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS são opcionais.

21. Os descritores devem seguir um ordenamento de importância no que se refere à caracterização do manuscrito e constar na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / Medical Subject Headings (MeSH), disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php> ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Mesh>

Ex:

RESUMO (título da seção em negrito e caixa alta)

Problema: Historicamente, a inconsistência no preenchimento dos metadados determina o rechaço de mais de 70% de todas as submissões de publicações em saúde. Justificativa: transcorridos exatos dois anos após a publicação do primeiro curso rápido para autores e a mudança no corpo editorial do OBJN faz-se necessária à instrumentação dos autores com vistas ao atendimento às novas demandas de publicação científica. **Objetivo:** demonstrar passo-a-passo as etapas da correta execução dos metadados de acordo com as normas do OBJN. **Método:** estudo descritivo apresentado sob a forma de curso rápido de metadados. **Resultados:** blocos de imagens e diretrizes para preenchimento. **Conclusão:** O estabelecimento do guia de preenchimento reduz o tempo de submissão, maximiza a visibilidade do material submetido e do periódico e diminui o índice de rechaço. (corpo do resumo com até 150 palavras justificadas destacando em negrito as seções)

Descritores: Acesso à Informação; Autoria e Co-Autoria na Publicação Científica; Enfermagem Baseada em Evidências. (descritores com a primeira letra em maiúscula separados por ponto e vírgula)
(dois espaços duplos)

FIGURAS

22. Todo tipo de representação visual não textual será considerada como figura e limitada a 6 no total: fotografia, gráfico, esquema, fluxograma, tabela etc.
23. As figuras devem ser numeradas em arábico, de acordo com a ordem de aparição no trabalho, bem como devidamente referenciadas no corpo do texto, acompanhadas de título, ano, local e legenda em fonte Verdana, tamanho 9, espaçamento duplo.
24. As figuras deverão possuir uma largura máxima de 16 cm e orientação vertical (retrato).
25. Nas tabelas, os TÍTULOS e o NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO devem vir em uma linha acima da tabela.
26. Fotografias, que permitam a identificação do sujeito, deverão ser submetidas juntamente com a autorização de direito de imagem e, possuir resolução mínima de 300 dpi e remetidas em formato TIF (Tagged Image File Format). Combinação de gráfico e imagem na mesma figura deve possuir resolução mínima de 500 dpi e formato de envio TIF ou EPS (Encapsulated Post Script)
27. As figuras deverão ser incorporadas no corpo do texto precedidas da indicação de sua localização em cor de fonte **vermelha E** anexadas como documentos suplementares.
28. Figuras devem conter: título e fonte; no decorrer do texto eles devem ser mencionados e; devem estar obrigatoriamente em documento anexo em formato EDITÁVEL, como Excel®, Powerpoint® etc.
29. Remeter imagens como **documentos suplementares** com indicação no corpo do texto assinalada em **vermelho** o local de entrada de cada uma delas, de acordo com as seguintes especificações:
- Gráficos e tabelas: Microsoft Excel 2003
 - Diagramas/fluxogramas: Microsoft Powerpoint 2003

REFERÊNCIAS

30. Nas citações no corpo do texto, o número da referência deverá estar sobrescrito, entre parênteses, após a citação e sucedido de ponto.

Ex:

O tratamento da insuficiência cardíaca (IC) consiste na otimização de fármacos com impacto comprovado em morbidade e mortalidade⁽¹⁾.

31. **NÃO** utilizar o recurso de notas de rodapé/notas de fim do processador de texto.

32. Adotar MINIMAMENTE 5 referências em inglês.

33. Citar MINIMAMENTE um artigo publicado no OBJN.

34. Artigos publicados em mais de um idioma devem ser referenciados em INGLÊS.

35. As referências, salvo artigos históricos, de revisão ou excepcionalmente autorizados, deverão ter até 5 anos de publicação.

36. Na seção de REFERÊNCIAS, as publicações deverão ser numeradas na ordem sequencial de aparecimento no corpo do texto, no estilo Vancouver, fonte Verdana 10, justificada, espaçamento entrelinhas simples e espaçamento ANTES e DEPOIS = 2 pt.

37. Quantidade de REFERÊNCIAS por tipo de seção:

TIPO DE SEÇÃO	REFERÊNCIAS
Notas prévias	3
Resumos de tese e dissertações	5
Artigos de revisão e bibliométricos ^a	20
Artigos originais e demais seções	20

- a No corpo do artigo TODAS as referências devem ser apresentadas de maneira sequencial. Na seção de REFERÊNCIAS, apresentar TODAS as referências em LISTA ÚNICA, obedecendo as seguintes normas: (i) as referências relacionadas ao artigo (não resultantes do processo de revisão) obedecem àquelas de publicações em geral (limitadas ao número de 20, até cinco anos de publicação, cinco internacionais e minimamente uma do OBJN); (ii) ao final das referências resultantes do processo de revisão (sem limite de data ou quantidade) deve-se escrever o termo “[incluída na revisão]”, entre colchetes.

Ex:

a) Referência relacionadas ao artigo:

Magnago C, Pierantoni C, França T, Garcia A, Ney M, Matsumoto K. The influence of family health strategy on health indicators in the municipalities of Rio de Janeiro, Brazil. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 May 3 [Cited 2013 Apr 5] 10(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3211>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113211>

ANEXO E

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) disponível no site <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>.

Os manuscritos submetidos no ScholarOne deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. Na submissão, é imprescindível que seja anexada a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, respeitar os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde N.466 de 12/12/2012 e N.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão anexar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras

informações disponíveis no site: <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/> deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse existentes para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas no campo indicado no sistema **Conflict of Interest**.

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIA DE ARTIGO

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração

progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência *, ◆, ◆, ◆, ||, ◆, **, ◆◆, ◆◆. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na sequência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹, entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...]*envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...](e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Exemplos:

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós- Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio- culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan- Mar; 15 (1): 89- 97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan- Mar; 16 (1): 71-9.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD- ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** Rev. Eletr. Enferm. 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>