



## Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica\*

Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care  
Prevalencia y factores asociados con heridas crônicas en ancianos en la atención básica

Chrystiany Plácido de Brito Vieira<sup>1</sup>, Telma Maria Evangelista de Araújo<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Vieira CPB, Araújo TME. Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017051303415>

\* Extraído da tese: "Prevalência de feridas crônicas e fatores associados em idosos na atenção básica", Universidade Federal do Piauí, 2016.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina, PI, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, PI, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the prevalence of pressure injuries, diabetic and vasculogenic ulcers and associated factors in older adults attended in primary care. **Method:** A cross-sectional, analytical study with older adults attended in the Family Health Strategy in a Brazilian municipality. Data collection was performed from January to March 2016 using interviews and evaluations of injuries. The variables were submitted to the multivariate logistic regression model using the odds ratio, with their respective 95% confidence intervals and significance set at  $<0.05$ . **Results:** 339 older adults participated in the study. The mean age was 71.1 years, 67.3% were female, 44% were illiterate, 85% had low family income, 91.7% had underlying diseases, 37.2% had dietary restrictions, and 76.1% did not practice physical activity. The prevalence of pressure injury was 5.0%, diabetic ulcer 3.2%, and vasculogenic ulcer 2.9%. Not working and not regularly practicing physical activity increased the chances of presenting these injuries by 1.5 and 2.3 times, respectively. Being actively mobility and not having dietary restrictions were protective factors for not developing chronic wounds. **Conclusion:** The prevalence of injuries among older adults was high, and its occurrence is associated with socioeconomic and clinical characteristics.

### DESCRIPTORS

Aged; Prevalence; Wounds and Injuries; Primary Health Care; Primary Care Nursing.

### Autor correspondente:

Chrystiany Plácido de Brito Vieira  
Rua Senador Cândido Ferraz, 1100,  
Condomínio Heitor Cavalcante,  
Apart. 1400, Bairro Jockey  
CEP 64051-130 – Teresina, PI, Brasil  
[chrystianyplacido@yahoo.com](mailto:chrystianyplacido@yahoo.com)

Recebido: 19/01/2018  
Aprovado: 06/08/2018

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o aumento da população idosa constitui fato que preocupa profissionais e gestores dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que “o envelhecimento da população é acompanhado pelo aumento na prevalência de doenças e agravos crônicos”<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, as feridas crônicas, para fins de definição, são aquelas que não conseguem avançar no processo de reparação ordenado para produzir integridade anatômica e funcional durante um período de 3 meses. Dentre elas, destacam-se as Lesões por Pressão (LP), Úlcera Diabética e Úlcera Vasculogênica Crônica (UVC)<sup>(2)</sup>, que merecem especial atenção, uma vez que são mais frequentes e tendem a estar associadas a doenças comuns na população idosa, constituindo problemática que tem se mostrado habitual na saúde pública do Brasil<sup>(3)</sup>.

A prevalência das feridas crônicas varia de acordo com condições e etiologias, como insuficiência venosa, má perfusão arterial, diabetes ou pressão alta<sup>(2)</sup>. No Brasil, estudos apontam alta prevalência<sup>(4)</sup> e incidência<sup>(5-6)</sup> de feridas em pessoas idosas residentes em instituições e durante a internação hospitalar. Contudo, essa problemática em idosos residentes na comunidade é, ainda, pouco explorada<sup>(1,7)</sup>. Assim, torna-se importante a investigação desse tema na atenção básica, uma vez que esta se constitui em porta preferencial de acesso ao cuidado do idoso e cenário propício para ações de prevenção e promoção da saúde – já que essas lesões são evitáveis –, como também para ações de tratamento e controle, considerando as necessidades dos usuários<sup>(8)</sup>.

Diante desse contexto e da realidade vivenciada no cenário de saúde do município de Teresina, PI, Brasil, bem como da necessidade de informações sobre a prevalência dessas lesões em idosos assistidos na atenção básica, este estudo objetivou analisar a prevalência de lesão por pressão, úlcera diabética e vasculogênica e os fatores associados em idosos assistidos na atenção básica.

## MÉTODO

Estudo epidemiológico transversal, analítico, realizado nos serviços de atenção básica da cidade de Teresina-Piauí, na zona urbana, Brasil.

A população fonte do estudo foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade, residentes na zona urbana e atendidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), pertencentes às três Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do município. A amostra foi composta de 339 idosos, selecionados por amostragem estratificada proporcional em três etapas. Na primeira etapa, realizou-se a distribuição proporcional do quantitativo de idosos por DRS. Na segunda etapa, foi realizada a distribuição proporcional do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) sorteadas. Na terceira etapa, distribuiu-se proporcionalmente o quantitativo de idosos por UBS, as quais foram aleatoriamente selecionadas por meio do programa R (*Project for Statistical Computing*), versão 3.0.2.

As variáveis consideradas foram: socioeconômicas (idade, sexo, escolaridade, renda familiar, aposentadoria

e desenvolvimento de atividade laboral); clínicas (doenças apresentadas, medicação de uso contínuo, locomoção, mobilidade, ingestão alimentar, variação do peso, escore do Miniexame do Estado Mental – MEEM, escore de Katz, fumo, etilismo e realização ou não de atividade física); características das lesões (número de feridas, localização, área, presença de exsudato, tipo de tecido, tempo, estágio e *Pressure Ulcer Scale for Healing* – PUSH).

A coleta de dados foi realizada no domicílio (quando se tratava de idoso com dificuldade de locomoção) ou nas UBS, no período de janeiro a março de 2016, utilizando-se de um Formulário de Dados Sociodemográficos e Clínicos, o MEEM, a Escala de Katz e a Escala de PUSH, por meio de entrevista e exame físico da pele dos participantes.

Inicialmente, aplicou-se o MEEM para verificar as condições cognitivas do idoso para responder à entrevista e, caso apresentasse escore abaixo dos pontos de corte, essa era realizada com o cuidador ou familiar responsável, que a autorizava por meio da assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso contrário, o próprio idoso respondia à entrevista e assinava o TCLE. Foram utilizados pontos de corte diferenciados, de acordo com o nível de escolaridade: 13 para analfabetos, 18 para baixa (1 a 4 anos incompletos de estudo) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos de estudo) e 26 para alta escolaridade (8 anos completos ou mais de estudo)<sup>(9)</sup>.

Na sequência, aplicou-se o formulário para levantamento de variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos, clínicos e às características da ferida. Na avaliação da independência funcional para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), foi utilizada a Escala de Katz, com diferentes graus de independência funcional para cada função: de 0 a 6, em que de 0 a 5 apresenta algum grau de dependência<sup>(10)</sup>.

Para a caracterização da ferida quanto à cicatrização, aplicou-se o PUSH<sup>(11)</sup>. Na classificação das lesões, utilizou-se de: classificação do consenso internacional da *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance*<sup>(12)</sup> para LP, definições preconizadas na época da elaboração do projeto e da coleta de dados; classificação de Wagner para úlceras diabéticas, a qual era a utilizada pelo Ministério da Saúde no momento da elaboração do projeto; e as UVC e demais úlceras crônicas que não se enquadravam nas classificações anteriores foram categorizadas de acordo com o critério de perda tissular.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Na análise estatística, utilizou-se do *Software Statistical Package for Social Science (SPSS®)*, versão 20.0. Realizou-se estatística descritiva com cálculo de medidas de posição. Para identificação dos fatores associados, inicialmente, realizou-se análise bivariada, e somente aqueles que apresentaram valor de  $p \leq 0,20$  (dados não apresentados) foram submetidos ao modelo multivariado de regressão logística por meio do odds ratio ajustado. O nível de significância para rejeição da hipótese nula foi fixado em  $p \leq 0,05$ , e o intervalo de confiança, em 95%.

## ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, conforme o parecer n. 1.346.094/2015.

## RESULTADOS

A média das idades foi de 71,1 anos (DP=8,9), com maior percentual de idosos na faixa etária entre 60 e 70 anos (55,8%), predominando o sexo feminino (67,3%), com companheiro (54%) e sem escolaridade (44%). A maioria (72,3%) era aposentada, 13,9% tinham trabalho remunerado, 26,3% não desenvolviam atividade laboral e 85% apresentavam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, com uma média de duas pessoas contribuindo para essa renda (DP=0,9), e dependendo dela, em média, 3,8 pessoas (DP=1,8).

Quanto às condições clínicas, a maioria (91,7%) referiu uma ou mais doenças de base, a mais prevalente foi hipertensão arterial (70,1%), 87,3% faziam uso contínuo de medicação, 81,7% tinham mobilidade preservada e deambulavam e 5,6% eram acamados. Em relação à nutrição, 98,8% se alimentavam via oral e 37,2% tinham restrição alimentar por conta das condições socioeconômicas (restrição a certos alimentos e/ou refeições no dia). Entre os idosos com alta escolaridade, 44,7% apresentavam *deficit* cognitivo. Observou-se que 83,5% eram independentes, e, entre os dependentes, 89,8% tinham cuidador familiar. Verificou-se ainda que somente 9,4% eram etilistas e 23,9% praticavam atividade física rotineiramente.

Entre os idosos entrevistados, 40 apresentavam ferida crônica, portanto, uma prevalência geral estimada de 11,8% (IC95%; 8,6-15,3), predominando a LP, com prevalência de 5,0% (IC95%; 2,9-7,7). Destes, 35% apresentavam mais de uma lesão, com média de 1,4 feridas (DP=0,6) por idoso (Tabela 1).

**Tabela 1** – Prevalência geral e por tipo de ferida apresentada pelos idosos participantes – Teresina, PI, Brasil, 2016.

Variáveis	n(%)	IC 95%
Prevalência geral(*)	40(11,8)	8,6-15,3
Prevalência de LP	17(5,0)	2,9-7,7
Prevalência de UVC	10(2,9)	1,2-5,2
Prevalência de úlcera diabética	11(3,2)	1,5-5,3

Legenda: (\*)40 casos, porém dois deles se tratavam de outras etiologias; IC 95%= intervalo de confiança.

Foram analisadas ao todo 54 lesões: 28 (51,9%) LP, 14 (25,9%) úlceras diabéticas e 12 (22,2%) UVC. Observa-se, quanto à cicatrização, que a maioria das LP (71,4%), das úlceras diabéticas (78,6%) e das UVC (75,0%) apresentava escore de PUSH de 9 a 17. Em relação ao tamanho, a maioria das LP (64,2%) e das úlceras

diabéticas (64,3%) apresentava área entre 8,1 cm<sup>2</sup> e 24,0 cm<sup>2</sup>, e 66,6% das UVC estavam acima de 24 cm<sup>2</sup>. Em relação ao tempo de evolução, verificou-se que tanto as LP (89,2%) como as úlceras diabéticas (85,8%) eram, na maioria lesões, de até 12 meses de evolução, já a maioria das UVC (66,6%) tinha acima de 48 meses de evolução (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição das feridas conforme as condições de cicatrização – Teresina, PI, Brasil, 2016.

Variáveis	Tipo de ferida n(%)		
	Lesão por pressão	Úlcera diabética	Úlcera vasculogênica
<b>Área</b>			
0,3 – 1,0 cm <sup>2</sup>	03(10,8)	03(21,4)	02(16,7)
1,1 – 8,0 cm <sup>2</sup>	12(42,9)	02(14,3)	02(16,7)
8,1 – 24,0 cm <sup>2</sup>	06(21,3)	06(42,9)	-
> 24,0 cm <sup>2</sup>	07(25,0)	03(21,4)	08(66,6)
<b>Exsudato</b>			
Ausente	06(21,3)	3(21,4)	05(41,6)
Pequena	12(42,9)	05(35,8)	02(16,7)
Moderada	05(17,9)	03(21,4)	03(25,0)
Grande	05(17,9)	03(21,4)	02(16,7)
<b>Tipo de tecido</b>			
Epitelial	3(10,8)	01(7,1)	02(16,7)
Granulação	9(32,2)	05(35,8)	02(16,7)
Esfáceo	10(35,7)	07(50,0)	08(66,6)
Necrótico	06(21,3)	01(7,1)	-
<b>Tempo (meses)</b>			
3 – 12	25(89,2)	12(85,8)	01(8,4)
13 – 48	3(10,8)	01(7,1)	03(25,0)
≥ 48	-	01(7,1)	08(66,6)
<b>PUSH</b>			
≤ 4	-	01(7,1)	02(16,7)
5 – 8	08(28,6)	02(14,3)	01(8,3)
9 – 13	10(35,7)	07(50,0)	03(25,0)
14 – 17	10(35,7)	04(28,6)	06(50,0)

Nota: (n=54)

As regiões mais acometidas pelas feridas foram a sacral (todas do tipo LP), região plantar (80% úlceras diabéticas) e terço distal da perna (todas UVC). O percentual de idosos com mais de uma lesão foi maior entre os com LP (64,3%), e as lesões únicas predominaram entre os que apresentavam UVC ou diabética. A maior parte das LP (42,9%) eram de estágio 3, seguida do estágio 4 (32,1%). Do total das úlceras diabéticas, 64,3% eram de grau 1 e apenas 7,1% foi classificada como grau 4, pois apresentavam gangrena localizada nos dedos. Todas as UVC eram de espessura parcial, com diferentes condições de cicatrização.

A Tabela 3 apresenta as variáveis que se mantiveram associadas com a prevalência de ferida crônica. Não desenvolver nenhuma atividade aumentou em 1,5 vez a chance de apresentar ferida crônica, e não praticar atividade física aumentou 2,3 vezes as chances para o mesmo evento. Ter mobilidade ativa e não ter restrição alimentar apresentaram associação negativa com o desenvolvimento de feridas (OR= 0,1 e 0,3, respectivamente).

**Tabela 3** – Análise multivariada da prevalência de feridas crônicas e demais variáveis independentes – Teresina, PI, Brasil, 2016.

Variáveis independentes	Ferida crônica		
	O.R. (ajustado)	p-valor	IC 95%
<b>Faixa etária</b>			
60 – 70 <sup>(*)</sup>			
71 – 80	1,2	0,69	0,4-3,6
≥ 81	2,1	0,24	0,5-8,1
<b>Escolaridade (em anos)</b>			
Sem	1,7	0,46	0,4-7,3
1 – 3	1,6	0,53	0,3-8,6
4 – 7	5,2	0,07	0,8-32,6
≥ 8 <sup>(*)</sup>			
<b>Renda familiar (SM)</b>			
< 1	6,1	0,99	0,1-6,6
1 – 3	0,69	0,59	0,1-2,5
> 3 <sup>(*)</sup>			
<b>Média de dependentes da renda familiar</b>	1,1	0,48	0,8-1,2
<b>Desenvolve alguma atividade laboral</b>			
Nenhuma	<b>1,5</b>	<b>&lt;0,01</b>	0,0-0,6
Atividades domésticas e outros trabalhos <sup>(*)</sup>			
<b>Atividade física</b>			
Não	<b>2,3</b>	<b>0,04</b>	0,0-0,8
Sim <sup>(*)</sup>			
<b>Variação de peso</b>			
Nenhuma <sup>(*)</sup>			
Ganho	2,0	0,23	0,6-6,5
Perda voluntária	8,9	0,06	0,8-92,4
Perda involuntária	0,9	0,9	0,3-2,6
<b>Mobilidade</b>			
Ativa <sup>(*)</sup>			
Movimenta-se com ajuda	<b>0,1</b>	<b>0,04</b>	0-0,9
<b>Ingestão alimentar</b>			
Sem restrição <sup>(*)</sup>			
Restrição alimentar	<b>0,3</b>	<b>0,04</b>	0,1-0,9
Dificuldade de ingestão	0,2	0,16	0-1,8

Legenda: O.R.= odds ratio ajustado; IC 95%= intervalo de confiança de 95%; <sup>(\*)</sup> = categoria de referência. O p-valor foi obtido pela regressão logística.  
Nota: (n=40)

## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico levantado está de acordo com outros estudos nacionais sobre o tema em questão, como a maior prevalência da população feminina<sup>(7,13)</sup> e da baixa escolaridade<sup>(14)</sup>.

Em relação à prevalência de feridas crônicas, destaca-se que, na maior parte dos países, há escassez de dados epidemiológicos e se observa que, entre os dados disponíveis,

existem grandes variações dessa taxa<sup>(15)</sup>. No Brasil, os registros estatísticos sobre feridas na população ainda são incipientes, principalmente sobre as do tipo crônico<sup>(7)</sup>.

A prevalência encontrada neste estudo foi muito superior àquela observada em estudos realizados na Alemanha e Irlanda, que levantaram, respectivamente, as taxas de prevalência de feridas crônicas de 1,04% e 3,7%<sup>(15-16)</sup>.

A taxa de prevalência elevada encontrada na presente pesquisa pode ser explicada pelas diferenças das características

da assistência nos serviços de países desenvolvidos, a exemplo dos serviços europeus, que fornecem condições de diagnóstico e tratamento para cicatrização rápida<sup>(17)</sup>.

A ferida mais prevalente neste estudo foi a LP, mas com taxa menor que a encontrada em estudo nacional realizado em domicílio<sup>(18)</sup>. Em Teresina, Piauí, estudo que realizou um levantamento da prevalência de LP em pacientes acamados cadastrados na ESF encontrou prevalência de 23,52%<sup>(19)</sup>. Internacionalmente, verifica-se também diversificação dos índices de LP. Na Espanha, em 2013, estudo levantou a prevalência de LP de 0,44% (IC 95%; 0,41-0,47) em idosos acima de 65 anos assistidos na atenção básica<sup>(20)</sup>. Na Irlanda, foram encontradas prevalências de 10%<sup>(16)</sup> e 16%<sup>(21)</sup> na comunidade.

A prevalência de úlcera diabética levantada foi inferior à encontrada em estudo realizado no Brasil<sup>(22)</sup>, que apontou prevalência de 5,9%, e na Irlanda, com taxa de 4%<sup>(16)</sup>. Os estudos no Brasil são escassos e pontuais, sobretudo no que diz respeito aos realizados na atenção básica, o que dificulta a comparação. É importante destacar que se tem verificado aumento da prevalência de úlcera diabética, principalmente neuroisquêmica, devido à idade dos pacientes, uma vez que, à medida que envelhecem, desenvolvem mais complicações do diabetes<sup>(23-24)</sup>.

A terceira maior prevalência foi de UVC, o que diverge de outros estudos<sup>(13,15)</sup>. Em que pese não ter sido a mais prevalente, observa-se frequência elevada desse tipo de lesão na população idosa pesquisada.

O predomínio de lesões únicas também foi encontrado em outras pesquisas<sup>(7,13,16)</sup>. A maior proporção de pacientes com mais de uma lesão foi entre os idosos que apresentavam LP, evidenciando a persistência dos fatores de risco e, possivelmente, a ausência de implementação das medidas de proteção. No caso das UVC, em que a maioria foi lesão única, isso pode representar um fenômeno decorrente dos longos períodos de curso da lesão, que possibilitou a confluência de lesões múltiplas<sup>(25)</sup>, considerando que o tempo médio de evolução das feridas apresentadas foi de aproximadamente 23 meses.

Com relação ao tempo de evolução, verificou-se grande variação, o que reforça a interação de fatores para esse aspecto. Destaca-se que a longa duração aumenta o risco de infecção e a possibilidade de recorrência dessas úlceras<sup>(13)</sup>. No caso da UVC, 30% não são susceptíveis a cicatrizar dentro de um período de 24 semanas e, portanto, o reconhecimento e a identificação de fatores de risco para o atraso na cicatrização são benéficos para o sucesso do tratamento<sup>(26)</sup>.

Os locais de ocorrência das feridas apresentaram relação com os tipos. As LP acometeram com maior frequência a região sacral, o que se associa à posição em que geralmente se encontram os idosos acamados ou cadeirantes, os quais ficam a maior parte do tempo em decúbito dorsal ou sentados, acarretando pressão excessiva e desenvolvimento de LP. Esse achado corrobora os de outros estudos<sup>(16,19)</sup>, os quais mostram que a pressão e a imobilidade prolongada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de LP.

As úlceras diabéticas foram predominantes na região plantar do pé e dedos, evidências semelhantes a de outros

estudos<sup>(13,27)</sup>. Essas localizações são mais sujeitas ao trauma comum na vida cotidiana e são anatomicamente mais susceptíveis ao desenvolvimento de necrose tecidual<sup>(13)</sup>.

As UVC predominaram no terço distal da perna, seguida da maleolar, regiões preferenciais de úlceras de etiologia venosa, mais prevalentes entre as úlceras de perna, como confirma a literatura<sup>(13,20)</sup>.

Verificou-se que a maior parte das feridas era grande, com percentual significativo de feridas acima de 24 cm<sup>2</sup>, e presença de exsudato, em sua maioria com pequenas e médias quantidades, características das feridas crônicas que estacionam na fase inflamatória<sup>(2)</sup>. Quanto ao tecido do leito das feridas, o maior percentual foi de tecido desvitalizado do tipo esfacelo e, comparando-se com outros estudos<sup>(13,16)</sup>, constata-se que os participantes da presente pesquisa apresentaram, de modo geral, piores condições para epitelização da borda da ferida.

No que se refere aos estágios das feridas, a maioria das LP era de estágios 3 e 4. Comparativamente a outros estudos, constatou-se que as lesões eram mais graves e profundas, que havia persistência dos fatores de risco e, possivelmente, ausência de implementação das medidas de proteção<sup>(16,18,20)</sup>.

A idade avançada está associada com a ocorrência de ferida crônica, independentemente da origem, a probabilidade dessa ocorrência duplica em pessoas com mais de 60 anos<sup>(25)</sup>. Tal fato decorre de problemas inerentes ao próprio envelhecimento, que aumenta a probabilidade de deficiências de mobilidade, doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus*, fortes preditores para o desenvolvimento de feridas crônicas e retardo da cicatrização<sup>(27)</sup>.

Dessa forma, vários fatores agem sinergicamente para o risco dessas lesões, como condições clínicas e aspectos sociais e econômicos<sup>(13)</sup>. No presente estudo, verificou-se que as feridas crônicas permaneceram associadas às variáveis socioeconômicas e clínicas.

Em relação às variáveis socioeconômicas, as feridas mantiveram-se associadas com o desenvolvimento de alguma atividade laboral, seja doméstica ou remunerada, e restrição alimentar (nutrição inadequada por condições socioeconômicas). A maioria dos idosos não desenvolvia atividade e verificou-se que não desenvolver alguma atividade laboral aumentou as chances desse evento ocorrer em mais de uma vez. Idosos que mantêm as atividades de vida diária e que trabalham apresentam envelhecimento ativo e são mais saudáveis, porque se mantêm ativos mental e fisicamente, o que melhora o desempenho nos afazeres diários e desenvolve a independência e autonomia, além de o trabalho remunerado poder ter efeito protetor na manutenção da capacidade funcional no idoso<sup>(28)</sup>.

Não ter nenhuma restrição alimentar representou fator protetor. Na amostra estudada, em que predominou idosos com baixa renda e com aposentadoria como principal fonte de renda, a nutrição inadequada esteve relacionada à renda insuficiente, o que dificulta o atendimento às necessidades básicas, como a de alimentação.

Estudos reforçam que a condição econômica desfavorável está relacionada à nutrição inadequada entre idosos. Além disso, é comum a ingestão inadequada de nutrientes, uma



vez que a maioria desses indivíduos apresenta comorbidades associadas a diversas condições, que podem ter impacto na ingestão nutricional adequada, necessária quando um idoso apresenta uma ferida crônica<sup>(27,29)</sup>.

Neste estudo, as feridas crônicas mantiveram-se associadas às variáveis clínicas realização de atividade física regular e mobilidade ativa. Chama atenção a atividade física regular no contexto do envelhecimento, uma vez que as modificações fisiológicas que ocorrem nesta fase do desenvolvimento humano, somadas, especialmente, às alterações na circulação sanguínea, à diminuição da mobilidade e ao declínio do tônus muscular, tornam os idosos mais propensos a desenvolver feridas crônicas<sup>(19)</sup>. Dessa forma, a falta de atividade física predispõe o idoso à ocorrência dessas lesões, pois acarreta atrofia da musculatura e articulações e desencadeia fatores relacionados, como a mobilidade física prejudicada.

É importante destacar que a presença de feridas crônicas no idoso, sobretudo as úlceras diabéticas ou UVC, implica maiores dificuldades de adesão à prática de atividade física, pois causa dor e diminuição da amplitude dos movimentos por longos períodos de tempo. Além disso, verifica-se que a mobilidade física prejudicada nesse grupo compromete a realização das atividades domésticas, limita a capacidade do indivíduo e contribui para o isolamento social<sup>(8)</sup>, principalmente nos casos em que as feridas estão acima de 48 meses de evolução, conforme observado neste estudo.

Desse modo, mobilidade prejudicada também apresentou associação com a ocorrência de ferida crônica, pois se movimentar ativamente, sem ajuda, foi fator protetor para não apresentar essa ferida. A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. Um longo período de imobilização ocasiona a síndrome do desuso, comprometendo

diversos sistemas corporais<sup>(18)</sup>, o que pode explicar os resultados encontrados.

Nessa perspectiva, para a assistência aos idosos com feridas crônicas, urge reconhecer que as condições de saúde não são somente resultantes de condições individuais, mas de uma série de fatores. Essa assistência deve ocorrer prioritariamente por meio da atenção primária, de modo a evitar, ou pelo menos postergar, hospitalizações que constituem alternativas mais onerosas de atenção à saúde. Para tanto, deve-se pensar em um conjunto de ações assistenciais estruturadas, que perpassem não só por questões biológicas, mas também sociais, culturais e econômicas, para atender às necessidades do idoso e melhorar as condições de saúde<sup>(30)</sup>, com base na avaliação dos riscos e dos fatores determinantes da saúde.

Os limites deste estudo se relacionam ao delineamento transversal, que, embora possibilite conhecer os fatores associados às feridas crônicas, não é possível estabelecer relação de temporalidade.

## CONCLUSÃO

A prevalência de feridas crônicas foi de 11,8%, 5% de LP, 3,2% de úlcera diabética e 2,9% de UVC. Apresentaram associação com a prevalência de ferida crônica não desenvolver nenhuma atividade laboral e não realizar atividade física regular, enquanto se movimentar ativamente e não ter restrição alimentar foram fatores protetores contra o desenvolvimento de feridas.

Os dados apresentados e discutidos reforçam o papel dos aspectos clínicos e socioeconômicos na prevalência de LP, úlcera diabética e UVC. Dessa forma, destaca-se a importância da elaboração de estratégias de prevenção e tratamento na atenção básica, bem como a necessidade da implantação de Políticas Públicas na atenção à saúde de pessoas com feridas crônicas, visando ao atendimento integral e interdisciplinar.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a prevalência de lesão por pressão, úlcera diabética e vasculogênica e fatores associados em idosos assistidos na atenção básica. **Método:** Estudo transversal, analítico realizado com idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família, em um município brasileiro. A coleta de dados foi realizada de janeiro a março de 2016, utilizando-se de entrevista e avaliação das lesões. As variáveis foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística por meio do *odds ratio*, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e significância fixada em <0,05. **Resultados:** Participaram do estudo 339 idosos. A idade média foi de 71,1 anos, 67,3% eram do sexo feminino, 44% sem escolaridade, 85% com renda familiar baixa, 91,7% com doenças de base, 37,2% com restrição alimentar e 76,1% não praticavam atividade física. A prevalência de lesão por pressão foi 5,0%, úlcera diabética 3,2% e úlcera vasculogênica 2,9%. Não desenvolver atividade laboral e não praticar atividade física regularmente aumentaram, respectivamente, em 1,5 e 2,3 vezes as chances de apresentá-las. Ter mobilidade ativa e não ter restrição alimentar foram fatores protetores para não desenvolver ferida crônica. **Conclusão:** A prevalência de feridas entre idosos foi elevada, e a sua ocorrência está associada às características socioeconômicas e clínicas.

## DESCRITORES

Idoso; Prevalência; Ferimentos e Lesões; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de lesión por presión, úlcera diabética y vasculogénica y factores asociados en personas mayores asistidas en la atención básica. **Método:** Estudio transversal, analítico, realizado con añosos asistidos en la Estrategia Salud de la Familia, en un municipio brasileño. La recolección de datos se realizó entre enero y marzo de 2016, utilizándose entrevista y evaluación de las lesiones. Las variables fueron sometidas al modelo multivariado de regresión logística mediante el *odds ratio*, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% y significación fijada en <0,05. **Resultados:** Participaron en el estudio 339 ancianos. La edad media fue de 71,1 años, el 67,3% eran del sexo femenino, el 44% sin escolaridad, el 85% con ingresos familiares bajos, el 91,7% con enfermedades de base, el 37,2% con restricción alimentaria y el 76,1% no practicaban actividad física. La prevalencia de lesión por presión fue del 5,0%, úlcera diabética del 3,2% y úlcera vasculogénica del 2,9%. No desarrollar actividad laboral y no practicar actividad física regularmente aumentaron, respectivamente, en 1,5 y 2,3 veces las probabilidades de presentarlas. Tener movilidad activa y no tener

restricção alimentar fueron factores protectores para no desarrollar herida crónica. **Conclusión:** La prevalencia de heridas entre añosos fue elevada, y su suceso está asociados a las características socioeconómicas y clínicas.

## DESCRIPTORES

Anciano; Prevalencia; Heridas y Lesiones; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria.

## REFERÊNCIAS

- Duim E, FHC Sá, YAO Duarte, RCB Oliveira, ML Lebrão. Prevalence and characteristics of lesions in elderly people living in the community. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 10];49(n.spe):51-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49nspe/en\\_1980-220X-reusp-49-spe-0051.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49nspe/en_1980-220X-reusp-49-spe-0051.pdf)
- Werdin F, Tennenhaus M, Schaller HE, Rennekampff HO. Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. *Eplasty* [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 10];9:e19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691645/>
- Brito KKG, Sousa MJ, Sousa ATO, Meneses LBA, Oliveira SHS, Soares MJGO. Feridas crônicas: abordagem da Enfermagem na produção científica da pós-graduação. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [citado 2017 fev. 20]; 2(7):414-21. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5310](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5310)
- 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* [Internet]. 2011 [citado 2016 fev. 10]; 32(1):143-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n1/a19v32n1.pdf>
- Luz SR, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Úlcera de pressão. *Geriatr Gerontol*. 2010;4(1):36-43.
- Souza DM, De Gouveia Santos VL. Incidence of pressure ulcers in the institutionalized elderly. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2016 July 10];37(3):272-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386329>
- Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm Cent Oest Min* [Internet]. 2012 [citado 2016 ago. 10];2(2):254-63. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/15/308>
- Araújo RO, Silva DC, Souto RQ, Pergola-Marconato AM, Costa IKFC, Vasconcelos-Torres G. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. *Aquichán* [Internet]. 2016 [citado 2018 maio 14];16(1):56-66. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972016000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000100007&lng=en)
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro Psiquiatr* [Internet]. 1994 [citado 2016 dez. 10];52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
- Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2016 dez. 10];24(1):103-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>
- Santos VLCCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do pressure ulcerscale for healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [citado 2016 dez. 10];13(3):305-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a04.pdf>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Cambridge Media: NPUAP, EPUAP, PPPA; 2009.
- Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [citado 2016 dez. 10];21(n.esp.1):612-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a09.pdf>
- Smaniotto PHS, Dalli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas: curativos. *Rev Med* [Internet]. 2010 [citado 2016 dez. 10];89(3/4):137-41. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46287/49943>
- Heyer K, Herberger K, Protz K, Glaeske G, Augustin M. Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. *Wound Repair Regen*. 2016;24(2):434-42. DOI: 10.1111/wrr.12387
- O'Brien JJ, Moore Z, Connolly B, Concannon F, McLain N, Strapp H, et al. Exploring the prevalence and management of wounds in an urban area in Ireland. *Br J Community Nurs*. 2016;21 Suppl 3:S12-9.
- Torres CV, Costa F, Medeiros IKS, Oliveira RKA, Souza AKG, Mendes AJP, et al. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. *Enferm Glob* [Internet]. 2013 [citado 2016 dez. 10];(32):75-87. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_clinica5.pdf)
- Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Pressure ulcer in patients under home care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2016 July 10]; 23(1):29-34. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en_05.pdf)
- Bezerra GC, Santos ICRV, Lima JC, Souza MAO. Avaliação do risco para desenvolver pé diabético na atenção básica. *Rev Estima* [Internet]. 2015 [citado 2017 mar. 20];13(3). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/108>
- Pálsdóttir G, Thoroddsen A. Chronic leg ulcers among the Icelandic population. *Ewma J*. 2010;10(1):19-23.
- Skerritt L, Moore Z. The prevalence, a etiology and management of wounds in a community care area in Ireland. *Br J Community Nurs*. 2014;Suppl:S11-7.
- Ferrari DC, Monteiro ML, Malagutti W, Barnabe AS, Ferraz N, Ribeiro R. Prevalência de lesões cutâneas em pacientes atendidos pelo programa de internação domiciliar (PID) no município de Santos – SP. *Consc Saúde* [Internet]. 2010 [citado 2017 mar. 20]; 9(1):25-32. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915037004>

23. Madanchi N, Tabatabaei-Malazy O, Pajouhi M, Heshmat R, Larijani B, Mohajeri-Tehrani MR. Who are diabetic foot patients? A descriptive study on 873 patients. *J Diabetes Metab Disord* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 20];12:36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708818/>
24. Smanioto FN, Haddad MCFL, Rossaneis MA. Self-care into the risk factors in diabetic foot ulceration: cross-sectional study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 10]; 13(3):343-52. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4680>
25. Haji Zaine N, Burns J, Vicaretti M, Fletcher JP, Begg L, Hitos K. Characteristics of diabetic foot ulcers in Western Sydney, Australia. *J Foot Ankle Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 10]; 7(1):39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182857/>
26. Parker CN, Finlayson KJ, Shuter P, Edwards HE. Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. *Int J Clin Pract*. 2015;69(9):967-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.12635>
27. Gould L, Abadir P, Brem H, Carter M, Conner-Kerr T, Davidson J, et al. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 10];63(3):427-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582412/>
28. D'orsii E, Xavier AJ, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO Study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 10]; 45(4):685-92. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/en\\_2626.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/en_2626.pdf)
29. Busato MA, Gallina LS, Teo CRPA, Ferretia F, Pozzagnol M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2014. [citado 2018 mai. 10]; 38(3):625-35. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/726>
30. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis* [Internet]. 2013 [cited 2016 July 10];23(4):1189-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/09.pdf>

