

Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer

Identification of factors associated to pressure sores in paraplegic individuals and related to leisure activities

Valéria Barreto Esteves Leite¹, Ana Cristina Mancussi Faro²

RESUMO

As lesões da medula espinhal trazem como consequência o déficit motor e sensitivo, abaixo do nível lesionado além de disfunções vasomotoras e alterações autonômicas, entre outras. A úlcera por pressão (UP) é uma das mais freqüentes e graves consequências da lesão medular, ainda observada na maioria dos indivíduos paraplégicos. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à úlcera por pressão em indivíduos paraplégicos com lesão nível T6 ou abaixo, relacionados à prevenção de UP e atividades de lazer. A pesquisa foi realizada na triagem de um centro de reabilitação no município de São Paulo, junto a 35 indivíduos paraplégicos. Deste total (35) 90,32% eram do sexo masculino, 22,58% deles com idade maior do que 53 anos, com tempo de paraplegia entre 1 e 3 anos para 45,16 e etiologia traumática da paraplegia para 83,87% dos casos. O uso da televisão e vídeo foi a atividade de lazer mais citada (67,74%). Verificou-se que em 70,0% dos casos as atividades de lazer eram mais passivas e as mais ativas em 18,18%, sendo o aparecimento de UP para mais ativos. Auto-exame de pele e mudança de decúbito as medidas mais citadas. Uma abordagem holística por parte dos profissionais reabilitadores é de fundamental importância para a eficácia da prevenção de UP, sendo a triagem uma oportunidade terapêutica positiva para a prevenção de UP.

PALAVRAS-CHAVE

paraplegia, úlcera por pressão, reabilitação

ABSTRACT

The spinal cord injury provokes motor and sensory deficits, vasomotor and autonomic alteration bellow the level of injury. The pressure sore (PS) is frequently observed and serious among paraplegic individuals. The goals of this study are to identify the factors associated to PS among paraplegic individuals which injury was in T6 or bellow and related then to PS prevention and leisure activities. The study was done in a selection place of a rehabilitation center in São Paulo-Brazil. The population was constituted by 35 paraplegic individuals and 90,32% were male; 22,58% had more than 53 years old; 45,16% had paraplegia from 1 to 3 years and 83,87% had trauma as the cause of injury. The use of television and videocassette was cited by 67,74%. In relation to the nature of leisure activities, 70,0% referred as passive activities and 18,18% as active. The PS occurred less frequently among individuals with active leisure actions. The preventive interventions cited more often were skin self-exam and change of positions. The health assistance must be holistic and based on preventive intervention. In the selection the rehabilitation professional's an opportunity to promote therapeutic approach in order to prevent PS.

KEY-WORDS

paraplegia, pressure sore, rehabilitation

Recebido em 17 de Outubro de 2005, aceito em 24 de Março de 2006

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem Saúde do Adulto, especialista em Reabilitação. Enfermeira de Educação Continuada e Coordenadora da Reabilitação do Hospital Abreu Sodré – AACD.

² Enfermeira, Livre Docente na área de Enfermagem em Reabilitação do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

Endereço para correspondência:
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENC)
Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000
Cerqueira César, São Paulo, SP.
Escola de Enfermagem da USP

Introdução

No Brasil, segundo Censo Demográfico 2000¹, existem 950.000 tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos. As lesões da medula trazem como consequência o déficit motor e sensitivo, superficial e profundo abaixo do nível lesionado, disfunções vasomotoras e alterações autonômicas, alterações esfinterianas e disfunção sexual, entre outras².

O grande número de paraplégicos que apresentavam úlceras por pressão (UP) observados em triagem, consultas iniciais e retornos no Centro de Reabilitação da AACD, bem como nas internações do hospital da mesma instituição, despertou a atenção das pesquisadoras considerado esta observação clínica como uma das atribuições e responsabilidades do enfermeiro de Reabilitação dentro da equipe de saúde³. A impressão dos autores remete à questão de que indivíduos paraplégicos com lesão medular em níveis mais baixos da coluna, tóraco-lombar, ainda se apresentavam às triagens ou em sucessivas internações, com úlcera por pressão.

Oportunas discussões foram realizadas com os demais profissionais de reabilitação sobre a possibilidade de fatores biopsicossociais interferirem no desenvolvimento de UP, além das consequências orgânicas da lesão medular. Idade, sexo, etnia, patologias de base, moradia, tempo gasto para chegar ao centro de reabilitação e as atividades de lazer como possibilidade de reintegração social. Desta maneira, a pesquisa maior que originou este artigo permitiu, de acordo com os resultados obtidos, melhor compreensão sobre a causa e repercussões da UP na vida do paraplégico.

Uma das definições mais aceitas para UP é aquela dada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*⁴ que define a UP como sendo áreas localizadas de morte celular, que se desenvolvem quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período de tempo prolongado⁴.

A classificação das UP foi também desenvolvida sob orientação da NPUAP, que propõe o estadiamento baseado no comprometimento tecidual. Esta classificação é composta de quatro estágios: Estágio I: eritema de pele intacta, que não embranquece após a remoção da pressão. Estágio II: perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambos. A úlcera é superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa. Estágio III: é a perda de pele na sua espessura total, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo, que pode se aprofundar, não chegando até a fáscia. Estágio IV: perda da pele na sua total espessura, com uma extensa destruição, necrose dos tecidos ou danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte, como tendões e cápsulas das juntas⁴.

A tolerância dos tecidos à pressão e à isquemia depende da natureza dos próprios tecidos e é influenciada pela habilidade da pele e das estruturas de suporte, como vasos sanguíneos, colágeno e fluído intersticial, em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido para a estrutura do esqueleto. Como o tecido muscular é mais sensível à pressão e à isquemia do que a pele, frequentemente, a lesão de pele em UP é referida como a “ponta do iceberg”, porque uma grande área de isquemia e necrose é esperada na interface osso-tecido^{5,6}.

São conhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento

de UP, a fricção, diminuição de sensibilidade, imobilidade e estado nutricional⁷. A exposição da pele à excessiva umidade, provocada por incontinência urinária, perspiração e outros também devem ser considerados^{6,8}.

Úlceras por Pressão são complicações graves, porém frequentes, em pacientes com lesão medular e interferem diretamente ou indiretamente com a qualidade de vida destes visto que a cura da lesão de pele quando em estágios avançados (estágio III e IV) demandam, a maioria das vezes, frequentes idas aos serviços de saúde (ambulatorios, hospitais, clínicas, ou tratamento em casa com profissional competente) para curativos ou cirurgias plásticas⁹. As UP também produzem efeitos diversos na qualidade de vida dos indivíduos com lesão medular quando causam dor, por traduzirem uma alteração da imagem corporal, com diminuição da produtividade e por causar um isolamento social¹⁰.

A atuação dos profissionais de saúde com indivíduos paraplégicos com UP requer não apenas conhecimento sobre a fisiopatologia da úlcera, os tratamentos existentes no mercado, atualizações sobre lesões de pele e prevenção, mas também, um conhecimento profundo da lesão medular e suas repercussões e, principalmente das características particulares de cada indivíduo, características estas que envolvem aspectos sociais, psicológicos, financeiros, educacionais e estruturais (físicas).

Faro¹¹ e Oot-Giromini¹² mostram que a causa da UP existir em lesados medulares envolve elementos além dos próprios da lesão medular como incontinência (vesical e fecal), alteração de motricidade e sensibilidade, alteração de turgor e elasticidade da pele, os fatores sócio-econômicos, motivação individual, atividades desenvolvidas, estado nutricional e conhecimentos adquiridos no decorrer da vida.

É importante ressaltar que o trauma raquimedular por si só, é um fator de risco para o desenvolvimento de UP devido às várias alterações sensitivas e motoras que o acompanham. No entanto podemos supor que, em pessoas que apresentam paraplegia nível T6 ou abaixo pelo não comprometimento de membros superiores, o autocuidado poderia se realizar com maior facilidade e independência.

Compreende-se por autocuidado a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis¹³. Para os indivíduos paraplégicos, fatores como recursos financeiros para aquisição de órteses e auxiliares de marcha, as deformidades articulares, dentre outros, podem afetar a funcionalidade do indivíduo.

Objetivo

Identificar os fatores associados à úlcera por pressão em indivíduos paraplégicos com lesão nível T6 ou abaixo, relacionados à prevenção de UP e atividades de lazer.

Casística e Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal,

aplicado, de campo.

A pesquisa foi realizada no ambulatório do Centro de Reabilitação da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) situado na cidade de São Paulo, após apreciação, aprovação e autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da AACD e da Escola de Enfermagem da USP.

A referida instituição realiza triagem sistemática de indivíduos com lesão medular os quais são avaliados por médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e enfermeiro. Os indivíduos paraplégicos e tetraplégicos são externos à AACD, oriundos de diversas regiões do estado e do Brasil.

A população deste estudo foi composta por 35 indivíduos paraplégicos os quais participaram da triagem da Clínica de Lesão Medular no período entre abril e outubro de 2004.

Foram critérios de inclusão para esta pesquisa a idade mínima de 18 anos, diagnóstico médico de paraplegia em nível T6 ou abaixo independentemente da natureza da lesão, concordância em participar da pesquisa após esclarecimento dos objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os 35 pacientes foram inicialmente comparados par a par quanto aos valores assumidos para as 24 variáveis registradas. Para atender ao objetivo do estudo cogitou-se duas diferentes estratégias de isolamento do efeito de cada fator e redução do efeito das demais variáveis independentes ou concorrentes, comumente empregadas indiretamente por meio de amostragem probabilística ou diretamente por meio de delineamento que permita a obtenção de amostras estratificadas. Como medida de similaridade foi considerada a proporção entre "concordância > discordância" analisada pelo Teste de Qui-quadrado unicaudal, com 1 grau de liberdade, $p=0,05$. As variáveis independentes foram controle vesical, controle fecal, posicionamento, atividades de lazer, atividades ocupacionais, as variáveis concorrentes foram faixa etária, sexo, etnia, escolaridade, renda, moradia, zona, transporte, tempo de locomoção, condição de moradia, saneamento, tempo de paraplegia, etiologia, causa da lesão, prevenção, tipo de prevenção, patologias, tabagismo, medicação em uso e as variáveis dependentes úlcera por pressão, número de UP, estadiamento, local das UP.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e enfermeira da instituição onde se deu a pesquisa, por meio da aplicação de um formulário durante entrevista individual com o paraplégico. O instrumento era composto por 21 questões fechadas, compostas por dados pessoais, biodemográficos e pertinentes à eliminação urinária e fecal, prevenção de UP e atividades de lazer.

Entende-se que lazer com muita atividade exige maior mobilização por parte do paraplégico, mais ativo e, com pouca atividade o que exige dele menos mobilização e/ou deslocamento, mais passivo.

Resultados

Neste artigo alguns resultados serão apresentados descritivamente e outros em forma de tabela. Dos 35 indivíduos paraplégicos 90,32% eram do sexo masculino. A faixa etária variou entre maior que 53 anos (22,58%) e 18 a 22 anos (19,35%). O tempo de paraple-

gia variou em 45,16% dos indivíduos entre 1 e 3 anos e, a etiologia traumática da paraplegia ocorreu em 83,87% dos casos.

Quanto às atividades de lazer, apresentamos na tabela 1 a distribuição das respostas dos paraplégicos entrevistados.

Tabela 1
Atividades de lazer citadas pelos indivíduos paraplégicos atendidos na Triagem da Clínica de Lesão Medular da AACD. São Paulo, 2004.

Atividade de lazer desenvolvida	Número de vezes citada	%
Cinema/teatro	2	6,45
Televisão/vídeo	21	67,74
Dançar	3	9,67
Receber visitas	9	29,03
Leituras diversas	5	16,12
Passeios (igreja, shopping)	11	35,48
Visita a familiares	11	35,48
Outros	6	19,35

Observamos que a atividade de lazer e diversão mais citada entre os entrevistados foi o uso da televisão e/ou vídeo, recurso este que é encontrado na grande maioria das comunidades, independente do nível sócio cultural em que o indivíduo se encontre.

As relações entre as atividades de lazer referidas pela população estudada e presença ou não de UP estão demonstradas na figura 1.

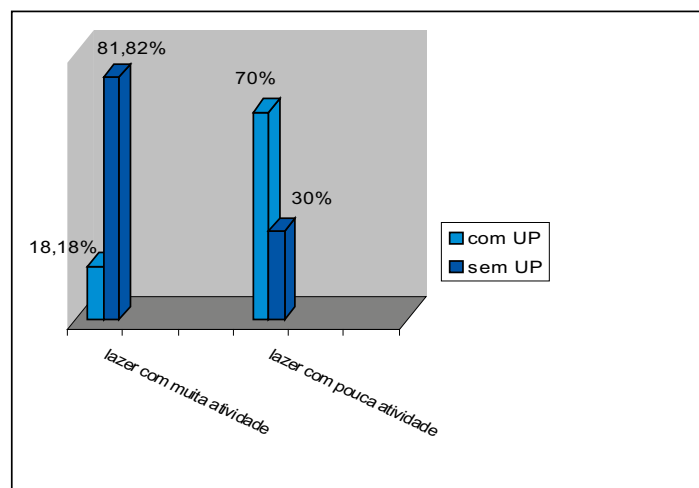


Figura 1

Relação entre atividades de lazer e a presença ou não de úlceras por pressão.

A realização das atividades de lazer que necessitam maior mobilização corporal como dançar, praticar esportes, bem como as atividades externas ao local de moradia como visita a amigos e familiares, idas ao cinema e teatro, bares e festas, aparecem como variáveis de possível interferência na presença ou não de UP, pois ocorreram em 18,18% dos casos. Nas atividades de lazer com menor movimentação, as UP estavam presentes em 70% dos casos.

Em relação às variáveis concorrentes que se referem à realização ou não de prevenção de UP e tipo de prevenção executada,

quando realizada, observa-se os seguintes resultados, demonstrados na tabela 2 e 3.

Tabela 2
Paraplégicos que realizam ou não atividades preventivas à UP. São Paulo, 2004.

Número de casos	Prevenção à UP	%
15	Sim	42,85
20	Não	57,14

Quando questionados quanto ao tipo de prevenção realizada, se verifica a citação de várias atividades e uso de materiais para este fim.

Tabela 3
Tipo de prevenção referida pelos paraplégicos entrevistados. São Paulo, 2004.

Número de pacientes	Tipo de Prevenção	%
11	Mudança de decúbito	35,48
9	Uso de almofada de ar ou água	29,03
5	Uso de almofada inadequada*	16,12
14	Auto-exame de pele	45,16
7	Descompressão isquiática	22,58
4	Realização de higiene frequente	12,90
4	Uso de colchão caixa de ovo	12,90

*almofada redonda com furo no centro

Cabe ressaltar que alguns entrevistados citaram mais do que um método preventivo. A realização de higiene frequente foi citada como preventivo com a observação de que é realizada mais vezes durante o dia com o objetivo de evitar assaduras, rachaduras ou umidade excessiva na pele principalmente quando o paraplégico fazia uso de fraldas. Em relação à inspeção da pele, dez (28,57%) paraplégicos citaram que realizavam duas vezes ao dia e outros quatro (11,42%) uma vez por semana. Dos que realizam a inspeção da pele 14 (100%), seis (42,85%) deles utilizam o espelho como auxiliar. Oito (57,14%) necessitam de terceiros para a realização deste procedimento.

Discussão

Dados biodemográficos deste estudo mostram que o sexo masculino foi o predominante na população (90,32%), vindo ao encontro de vários estudos sobre caracterização demográfica e perfil do lesado medular, onde encontramos a grande parte dos paraplégicos do sexo masculino^{14,15}.

A faixa etária encontrada como predominante no estudo surpreendeu, onde encontramos a faixa etária com maior frequência (22,58%) de indivíduos maiores de 53 anos de idade sendo seguida pela faixa entre 18 a 22 anos de idade (19,35%). Outros estudos apontam a predominância de indivíduos mais jovens^{14,16}.

O tempo desde a lesão medular é outro fator importante a ser destacado, pois pesquisas de Basta¹⁷ e Alman¹⁸ demonstraram que este pode também ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de UP. Neste estudo 45,16% da população estudada

estava em período de 1 a 3 anos de pós trauma, indo de encontro com os dados apresentados nos estudos citados^{2,3,11-19}.

Os fatores biopsicossociais podem ser relacionados com os fatores individuais que direcionam o comportamento da pessoa. Neste estudo 67,74% citaram como atividade de lazer frequentemente desenvolvida o uso de televisão e vídeo, atividades estas que requerem pouca ou nenhuma mobilização, ou seja, mais passivas.

Loureiro; Faro; Chaves¹⁹ estudaram a qualidade de vida sob a ótica das pessoas que apresentam lesão medular e concluíram que após a lesão medular há alterações, tanto no aspecto comportamental com modificações de hábitos como a ausência de lazer, reestruturação social e material com sensação de perdas materiais ou no significado da vida interferindo com a aceitação e a prática em relação ao autocuidado.

Na relação entre as atividades de lazer com a presença ou não de UP observa-se que as atividades de lazer que requerem maior mobilização ou deslocamento são significantes na prevenção de UP, já descritos em estudos citados^{11, 12}.

A realização de ações preventivas à UP apareceu com um fator interessante neste estudo, uma vez que 32,25% da amostra estudada afirmou fazer prevenção apresentavam UP, enquanto 22,58% responderam não fazer prevenção e também apresentavam UP. Aqueles que citaram que não realizam prevenção (80%) referem que não vêem a necessidade de realizar procedimentos preventivos à UP e 60% referem que desconhecem as medidas para a prevenção de UP.

É importante ressaltar que o momento da triagem pode ser entendido como uma oportunidade terapêutica, mesmo porque nem todos os indivíduos serão eleitos para tratamento no programa da instituição e podem ficar sem orientação alguma.

Conclusões

Conforme o método empregado na pesquisa e natureza do estudo, os resultados obtidos e apontados neste artigo, nos permitem concluir que no tocante aos fatores associados à formação da úlcera por pressão em indivíduos paraplégicos apontamos os fatores cognitivos, biomecânicos e funcionais-orgânicos conforme o que se apresenta no quadro 1.

Quadro 1
Relação dos fatores associados à formação de úlcera por pressão em paraplégicos.

Fatores associados ao desenvolvimento de UP	Áreas envolvidas com a determinação de UP	Recursos a serem utilizados
Fatores cognitivos	Conhecimento	Paciente/cuidador Família/ enfermeiro/ médico Profissionais da saúde
Fatores biomecânicos	Tecnologia	Uso de: suportes/ coxins/ almofadas Posicionadores/camas/ colchões Camas / cadeira de rodas/ outros
Fatores Funcionais e Orgânicos	Exames diagnósticos Capacidade funcional	Exames laboratoriais/clínicos Medida de Independência Funcional (MIF)

Dadas às condições sociais, financeiras, funcionais e clínicas, as atividades de lazer citadas pelos indivíduos paraplégicos podem ser consideradas mais passivas. Ainda, o uso da televisão e vídeo são os mais acessíveis para as pessoas em geral, o que significa que os mesmos permanecem por maior tempo na mesma posição. No entanto este veículo reúne pessoas e possibilita maior socialização e atualização dos fatos em tempo real.

Ainda, uma abordagem holística por parte dos profissionais reabilitadores é de fundamental importância para a eficácia da prevenção das úlceras por pressão no que tange a aceitação e prática de medidas biopsicossociais de caráter preventivo tanto para o paraplégico quanto aos profissionais reabilitadores na competência técnica e científica de cada um.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; [citado 2003 out 02]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Barros TEPP, Basile RJ. Coluna vertebral: diagnóstico e tratamento das principais patologias. São Paulo: Sarvier; 1995.
3. Leite VBE, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação em uma unidade de internação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):92-6.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, editors. *Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implication for the Future*. Reston, VA: NPUAP; 2001.
5. Gonçalves MTF. A úlcera por pressão e o idoso. *Nurs*. 1996; 9(106):13-7.
6. Bryant RA. *Acute and chronic wounds: nursing management*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2000.
7. Panel for the prediction and prevention of pressure ulcers in adults. *Clinical Practice Guideline, Number 3*. AHCPR Publication N° 92-0047. Rockville, MD, Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S., Department of Health and Human Services, May 1992.
8. Braden BJ. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In: Krasner D, Kane D. *Chronic wound case*. 2nd ed. Wayne: Health Management Publication; 1997. p. 29-36.
9. Garber SL, Rintala DH. Pressure ulcers in veterans with spinal cord injury: a retrospective study. *J Rehabil. Res Dev*. 2003; 40(5):433-41.
10. Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun J, Hopkins L, Prefakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcer prevention and treatment guidelines. *Ostomy Wound Management*. 1996; 42(3):20-2, 24-6.
11. Faro ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33:279-83.
12. Oot-Giromini BA. Pressure ulcer prevalence, incidence and associated risk factors in the community. *Decubitus* 1993; 6(5):24-32.
13. George JB. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Oliveira APF. Perfil do paciente com lesão medular atendido no setor de enfermagem em um centro de reabilitação do município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
15. Agostini P. Estudo comparativo entre dois tipos de curativos (solução aquosa de papaína a 2% e hidrocólóide) utilizados no tratamento de úlcera por pressão em pacientes lesados medulares. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
16. Souza MITP de. Úlcera de decúbito: história natural e informações de paraplégicos. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1988.
17. Basta SM. Pressure sore prevention self-efficacy and outcomes expectations: a study of people with spinal cord injury. *Rehabil Nurs Res*. 1994; 3(1):11-7.
18. Alman RM. Epidemiology of pressure sores in different populations. *Decubitus*. 1989; 2(2): 30-3.
19. Loureiro SCC, Faro ACM, Chaves EC. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 1997; 31(3):347-67.