



ISSN: 2230-9926

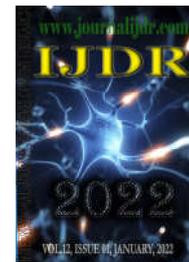
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 01, pp. 53282-53286, January, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23783.01.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

LESÃO POR FRICÇÃO EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE: ESTUDO TRANSVERSAL

Juliana Balbinot Reis Girondi¹, Scheila Monteiro Evaristo², Ramon Antônio Oliveira³, Melissa Orlandi Honório Locks¹, Lúcia Nazareth Amante¹, Daniela Soldera⁴, Isabel Amante Souza⁵, Milena Ronise Calegari⁶

¹Enfermeira –Docente Departamento Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. ²Enfermeira – Atenção Primária de Saúde de São José, Santa Catarina, Brasil; ³Enfermeiro – Doutorando em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Santa Catarina, Brasil; ⁴Enfermeira – Doutoranda em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil; ⁵Enfermeira – Mestranda em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil; ⁶Acadêmica de enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th October, 2021

Received in revised form

20th November, 2021

Accepted 03rd December, 2021

Published online 28th January, 2022

Key Words:

Lesão por Pressão;
Assistência a Idosos;
Atenção Primária à Saúde;
Fricção; Estomaterapia.

*Corresponding author:

Juliana Balbinot Reis Girondi

ABSTRACT

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados à Lesão por Fricção entre idosos da comunidade. **Método:** estudo transversal descritivo, que incluiu idosos de 60 a 96 anos, com coleta de dados ocorreu entre outubro de 2018 e março de 2019 realizada por entrevistas semiestruturadas e exame físico. O banco de dados foi construído no Microsoft Excel[®] para Windows[®] e os dados analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0[®]. Para análise das variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, conforme apropriado. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** A prevalência de Lesão por Fricção foi de 3% (12/396idosos). Idosos com cuidadores ($p=0,099/RP=3,4$), e em uso contínuo de analgésicos ($p=0,019/RP=5,45$) estão expostos a maior chance de serem acometidos por Lesão por Fricção. A obesidade ou sobrepeso parecem comportar-se como um fator de proteção. **Conclusão:** Identificou-se que os idosos residentes na comunidade com maior propensão ao desenvolvimento de LF são os que possuem cuidadores e os que fazem uso contínuo de analgésicos. A obesidade ou sobrepeso parecem comportar-se como um fator de proteção.

Copyright © 2022, Juliana Balbinot Reis Girondi et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Juliana Balbinot Reis Girondi, Scheila Monteiro Evaristo, Ramon Antônio Oliveira, Melissa Orlandi Honório Locks, Lúcia Nazareth Amante, Daniela Soldera, Isabel Amante Souza and Milena Ronise Calegari. "Lesão por fricção em idosos residentes na comunidade: estudo transversal", *International Journal of Development Research*, 12, (01), 53282-53286.

INTRODUCTION

A garantia de atendimento individualizado no cuidado à pessoa idosa é necessária à manutenção e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem visto que nesta fase do ciclo evolutivo, se observam inúmeras alterações decorrentes do envelhecimento¹. Entre estas alterações, destaca-se a diminuição das glândulas sebáceas e sudoríparas, redução do estímulo sensitivo, a diminuição da elasticidade e espessura da derme e epiderme, eventos que tendem a tornar a pele seca, rígida, com pouca elasticidade e frágil quando exposta à agentes químicos, luz solar, tabagismo, dentre outros². Nessa perspectiva, a pele apresenta maior propensão à ocorrência de lesões, dentre elas, Lesão por Fricção (LF) e Lesão por Pressão (LP). Cabe pontuar, no entanto, que a lesão que se destaca entre os idosos na comunidade é a LF, definida pelo *Internacional Skin Tear*

Advisory Panel (ISTAP)³, como advindas do cisalhamento, fricção ou contusão, a qual ocasiona separação das camadas da pele, podendo ser descrita como parcial (separação entre epiderme e derme) ou total (separação tanto da epiderme quanto da derme)⁴. Neste íterim, torna-se iminente a atuação do enfermeiro, já que este assume o papel de educador em saúde, sendo capaz de prevenir ou reduzir condições de morbidade, além de controlar fatores de risco para estas lesões. Consoante, frente a esta problemática, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa:

Quais são os fatores associados mais frequentes para desenvolvimento de LF em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde?

Assim, o estudo tem como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados de Lesão por Fricção em idosos da comunidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo desenvolvido em um município no estado de Santa Catarina, Brasil. Para determinar o tamanho amostral e selecionar os indivíduos empregou-se o método de amostragem convencional considerando o tamanho populacional estimado de 2.350 idosos dos bairros estudados, com margem de erro de 5,0% e a confiabilidade de 95,0%. O cálculo para determinação da amostra foi realizado através da plataforma online SestatNet®, sendo o tamanho amostral recomendado de 330 participantes, porém o estudo incluiu 396 idosos. Os dados foram coletados no período de outubro/2018 a março/2019 mediante entrevista estruturada com aplicação de formulário composto por 27 questões subdivididas em: dados de identificação; variáveis sócio demográficas (9 questões); variáveis comportamentais (5 questões); variáveis clínicas (6 questões); variáveis desfecho (7 questões). A fim de identificar a presença de LF e seus fatores de risco foi realizado o exame clínico da pele. A variável desfecho do estudo foi a presença Lesão por Fricção (LF)³. Os dados coletados foram digitalizados em planilhas eletrônicas com dupla entrada e o banco foi validado por um profissional estatístico independente. Os resultados foram analisados através de distribuições absolutas e percentuais. Foram apresentadas as médias e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, a depender da distribuição normal ou diferente da normal, das variáveis numéricas. O teste de Shapiro-Wilk e a inspeção do gráfico QQ foram empregados para avaliação da distribuição. Para avaliar a existência de diferenças nas proporções entre duas variáveis categóricas utilizou-se o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson ou, quando as condições para o seu uso não foram atendidas, empregou-se o teste Exato de Fisher. Para avaliar a associação entre as variáveis foi calculada a razão de chances assim como o respectivo intervalo de confiança 95% (IC). O nível de significância adotado foi de 5%. O programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, foi utilizado para a realização das análises estatísticas. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) por meio do parecer consubstanciado sob protocolo número 2.390.948 e CAAE nº 74769317.5.1001.0121.

RESULTADOS

Observou-se prevalência de LF igual a 3% (12/396) dos quais dois apresentaram duas LF; dez apresentaram uma lesão somente. Quanto à localização topográfica, 42,9% das lesões eram nos membros inferiores, 42,9% nos membros superiores e 14,3% em outros locais (Tabela 1). Quanto às características biossociais, 73,0% eram do sexo feminino, casados (as) (50,8%), sendo que 198 idosos (53,1%) possuíam renda familiar menor que 2,5 salários mínimos e 85,9% se autodeclararam como brancos. Em relação à escolaridade, 207 idosos (52,3%) referiram ter cursado de forma incompleta o ensino fundamental; 378 (95,5%) não dispunham de cuidador, 216 (54,5%) residiam em companhia do(a) esposo(a) e 74 (18,7%) residiam sozinhos (Tabela 1). Quanto aos hábitos alimentares e de vida, a maioria (366;92,4%) relatou o consumo de carnes/proteínas, 55 idosos (13,9%) ingeriam acima de 2.000mL de líquido ao dia e 42 (10,6%) consumiam menos de 500mL de líquido ao dia. A maioria referiu nunca ter fumado (232; 58,6%), 140 idosos (35,4%) eram ex-tabagistas, e 24 (6,1%) referiram tabagismo ativo. Sobre o etilismo, 284 idosos (71,7%) referiram nunca terem bebido, 93 (23,5%) relataram consumo de bebida alcoólica socialmente, 16 (4,0%) se declararam ex-etilistas, sendo que 3 (0,8%) relataram serem estilistas (Tabela 1). Quanto ao índice de Massa Corporal (IMC) 222 idosos (56,1%) foram classificados como sobrepeso. A minoria apresentou glicemia pós-prandial igual ou superior a 160 mg/dL (42;14,6%). Em relação ao Índice de Tornozelo Braquial (ITB), 149 idosos (40,9%) apresentaram alteração no exame (acima de 1,3 ou abaixo de 0,9). Em 57 participantes (14,4%) não foi possível a palpação do pulso pedioso. Quanto às comorbidades, a maioria (255; 64,4%) tinham o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 119 (30,1%) com *Diabetes Mellitus* (DM). Quanto ao consumo de medicamentos de uso contínuo observou-se que as maiores frequências eram de anti-

hipertensivos (56,6%), estatinas (49,7%), diuréticos (28,5%) e hipoglicemiantes orais (26,5%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis sócio demográficas, comportamentais e clínicas. São José, SC, Brasil, 2021

Variáveis		n	%
Idade	Mediana=68	396	
Sexo	Feminino	289	73,0
	Masculino	107	27,0
Raça/cor	Branca	340	85,9
	Não Branca (negra, parda, outros)	56	14,1
Renda Familiar	Menor 2,5 salários mínimos	210	53,1
	Igual/maior 2,5 salários mínimos	186	46,9
Escolaridade	Analfabeto	23	5,8
	Fundamental incompleto	207	52,3
	Fundamental completo	63	15,9
	Ensino médio	77	19,4
	Ensino superior	24	6,1
	Não informado	2	0,5
Presença de cuidador	Possui	18	4,5
	Não possui	378	95,5
Reside	Esposo (a)	216	54,5
	Sozinho (a)	74	18,7
	Outros (neto, filho, amigos, outros)	106	26,8
Consumo de Leite/Derivados	Consumem	297	75,0
	Não consomem	99	25,0
Consumo de Carnes (Proteínas)	Consumem	366	92,4
	Não consomem	30	7,6
Hidratação	Menor 500 ml	42	10,6
	500 a 2000 ml	299	75,5
	Acima 2000 ml	55	13,9
Tabagismo	Nunca fumou	232	58,6
	Ex-tabagista	140	35,3
	Tabagista	24	6,1
Etilismo	Nunca bebeu	284	71,7
	Bebe socialmente	93	23,5
	Ex- etilista	16	4,0
	Etilista	3	0,8
Índice de massa corporal (IMC)	Baixo peso: ≤ 22	20	5,0
	Eutrófico: 22,1 a 24,9	145	36,6
	Sobrepeso: ≥ 25,0	222	56,1
	Não verificado peso e/ou estatura	9	2,3
Glicemia pós-prandial	≤ 160mg/dl	246	62,1
	>160mg/dl	42	10,6
	Aferição não realizada	108	27,3
Índice tornozelo braquial (ITB)	Não compressível: >1,3 (Risco cardiovascular)	105	26,5
	Normal: 0,91-1,29	215	54,3
	Alterado: < 0,9 (Risco DAOP)	44	11,1
	Não foi verificado	32	8,1
Pulso Pedioso	Presente	339	85,6
	Ausente	57	14,4
Comorbidades	Hipertensão Arterial Sistêmica	255	64,4
	<i>Diabetes Mellitus</i>	119	30,1
	Cardiopatas	63	15,9
	Doença Crônica Pulmonar	22	5,6
	Vasculopatias	17	4,3
Medicamentos de uso contínuo	Anti-hipertensivos	224	56,6
	Estatinas	197	49,7
	Diuréticos	113	28,5
	Hipoglicemiantes	105	26,5
	Anti-inflamatórios não-esteroidais	81	20,5
	Antidepressivos	78	19,6
	Ansiolíticos	61	15,4
	Analgésicos	14	3,5

À análise bivariada verificou-se entre os idosos que necessitavam de cuidadores apresentavam aproximadamente oito vezes o risco de serem acometidos por LF em comparação àqueles que não necessitavam (RC 8,20; IC95% 2,01-33,41). Adicionalmente, entre idosos que fazem uso de medicamentos analgésicos, foi observado

Tabela 2. Análise bivariada e razões de chances brutas em relação às lesões de pele nos idosos segundo os dados sócio demográficos, comportamentais e clínicos. São José, SC, Brasil, 2021

Variável	Lesão de pele				RC** (IC 95%)	P
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	5	4,7	102	95,3		
Feminino	7	2,4	282	97,6	1,97 (0,61-6,36)	0,253
Raça/cor						
Branca	12	3,5	328	96,5	4,29 (0,25-73,65)	0,314
	0	0,0	56	100,0		
Renda Familiar						
	8	4,0	190	96,0	1,89 (0,54-6,58)	0,314
	4	2,0	194	98,0		
	8	3,5	224	96,5	1,33 (0,50-7,40)	0,337
	3	1,8	161	98,2		
	3	16,7	15	83,3	8,20 (2,01-33,41)	0,002
	9	2,4	369	97,6		
Reside sozinho						
Sim	4	5,4	70	94,6	2,24 (0,65-7,65)	0,194
Não	8	2,5	314	97,5		
Sim	11	3,0	357	97,0	0,83 (0,10-6,68)	0,862
Não	1	3,6	27	96,4		
Sim	12	3,7	285	96,3	8,71 (0,51-148,52)	0,209
Não	0	0,0	99	100,0		
	11	3,0	355	97,0	0,89 (0,11-7,20)	0,920
	1	3,3	29	96,7		
< 2000ml	11	3,2	330	96,8	1,80 (0,22-14,22)	0,577
Acima 2000ml	1	1,8	54	98,2		
Nunca fumaram	7	3,0	225	97,0	0,98 (0,30-3,17)	0,986
Ex-tabagista/ Tabagista	5	3,0	159	97,0		
Nunca beberam	10	3,5	274	96,5	2,00 (0,43-9,30)	0,376
Ex- etilista/etilista	2	1,8	110	98,2		
Baixo peso: ≤ 22	1	5,0	19	95,0	0,96 (0,11-8,10)	0,970
Eutrófico: 22,1 a 24,9	8	5,2	146	94,8		
Sobrepeso/obeso: ≥ 25	3	1,4	219	98,6	0,25 (0,06-0,95)	0,247
Glicemia pós-prandial						
≤ 160mg/dl	6	2,4	240	97,6	0,32 (0,07-1,35)	0,118
>160mg/dl	3	7,1	39	92,9		
Índice tornozelo braquial (ITB)						
Não compressível: >1,3(risco cardiovascular)	3	2,9	102	97,1	1,02 (0,25-4,17)	0,973
Normal: 0,91-1,29	6	2,8	209	97,2		
Alterado: < 0,9	2	4,5	42	95,5	1,65 (0,32-8,50)	0,542
(risco DAOP)						
Pulso Pedioso						
Presente	9	2,7	330	97,3	2,03 (0,53-7,76)	0,293
Ausente	3	5,3	54	94,7		
Hipertensão arterial sistêmica						
	10	3,9	245	96,1	2,81 (0,60-13,03)	0,188
	2	1,4	138	98,7		
Diabetes Mellitus						
	3	2,5	116	97,5	0,77 (0,20-2,89)	0,700
	9	3,2	268	96,8		
Cardiopatias						
	1	1,6	62	98,4	0,47 (0,05-3,72)	0,479
	11	3,3	322	96,7		
Doença crônica pulmonar						
	2	9,1	20	90,9	3,64 (0,74-17,73)	0,099
	10	2,7	364	97,3		
Anti-inflamatórios não-esteroidais						
	2	2,5	79	97,5	0,77 (0,16-3,59)	0,742
	10	3,2	305	96,8		
Ansiolíticos						
	2	3,3	59	96,7	1,10 (0,23-5,15)	0,902
	10	3,0	325	97,7		
	1	1,3	77	98,7	0,36 (0,04-2,85)	0,338
	11	3,5	307	96,5		
Anti-hipertensivos						
	8	3,6	216	97,7	1,55 (0,46-5,25)	0,477
	4	2,3	168	96,4		
Diuréticos						
Sim	6	5,3	107	94,7	2,58 (0,81-8,26)	0,105
Não	6	2,1	277	97,9		
Hipoglicemiantes						
Sim	2	1,9	103	98,1	0,54 (0,11-2,53)	0,441
Não	10	3,4	281	96,6		
Analgésicos						
Sim	2	14,3	12	85,7	6,20 (1,22-31,43)	0,019
	10	2,6	372	97,4		

*Valor de p determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson; **RP - Razão de prevalências/intervalo de confiança 95%

risco seis vezes a chance de acometimento por LF em comparação aqueles que não usam (RC 6,20; IC95% 1,22-31,43). Na direção oposta, verificou-se que idosos classificados como sobrepesos ou obesos apresentaram 75% menor chance de acometimento por LF em comparação aqueles classificados como eutróficos (RC 0,25; IC95% 0,06-0,95) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A prevalência de LF identificada neste estudo é semelhante aquela descrita na literatura científica. Estudos apontam que a prevalência de LF entre idosos da comunidade variam até 19,5%⁵. Ademais, os fatores associados à ocorrência de LF identificados nesta investigação foram a necessidade de cuidador no domicílio, em vista das condições crônicas do idoso, que diversas vezes podem interferir na qualidade de vida, e quando não acompanhados por cuidador a tendência para ocorrência de complicações é elevada, muitas vezes comprometendo a independência e a autonomia⁶. Outro fator levantado está relacionada ao uso de medicamentos analgésicos, os quais podem ocasionar reações cutâneas ou inflamatórias da pele e com isso potencializar a ocorrência de LF^{7,8}. Por outro lado, verificou-se que a obesidade ou sobrepeso parecem comportar-se como um fator de proteção. Entretanto, em decorrência do processo de envelhecimento, as camadas da pele têm sua espessura reduzida as quais são responsáveis pelo acolchoamento subcutâneo⁵, além da diminuição da elasticidade, umidade e resistência, bem como a redução da resposta inflamatória e da sintetização do colágeno, deixando a pele do idoso suscetível a ocorrência de LF^{7,8}. Em relação à associação da variável desfecho com o gênero, estudos corroboram com o presente, quando apresentam o sexo masculino com maior prevalência para o desenvolvimento de lesões de pele⁹. Outro estudo também destacou que os homens eram os que possuíam maior propensão para o desenvolvimento de lesões¹⁰. Os mesmos autores constataram que indivíduos negros apresentavam menor propensão às lesões pele.

Sobre a raça identificou-se a maior prevalência em idosos caucasianos, atribuindo que esta é mais suscetível, uma vez que possui menor proteção de melanina¹¹. Esse pigmento garante uma proteção natural contra os raios solares, assim como as fibras de colágeno da pele branca não são tão densas como as da pele negra, o que proporciona mais elasticidade e resistência aos efeitos do tempo. Em relação ao fato de os idosos solteiros e que residem sozinhos inferimos que estes provavelmente são independentes para as Atividades de Vida Diária (AVD's), indicando a realização da maioria dos afazeres, sejam domésticos (como subir e descer escadas) quanto atividades externas (como caminhadas, fazer compras) tornando-se mais vulneráveis às lesões. Nesse sentido, grande parte das quedas de idosos resultam em escoriações e lacerações (46,52%)¹², além disso, a maior prevalência de quedas está entre idosos mais jovens. Esse fato ocorre provavelmente porque idosos longevos diminuem suas atividades naturalmente ao longo do processo de envelhecimento.

A maior frequência de lesões está atrelada ao idoso que possui cuidador sugerindo que o fator determinante para o idoso possuir cuidador é a incapacidade em realizar suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), afirmando também que a exposição à manipulação manual repetidamente para auxiliar no reposicionamento aumenta o potencial de traumas deste órgão¹³. Evidência que corrobora ao atual estudo que trouxe significância ao apontar que os idosos que necessitam de cuidador, possuem mais lesões. Tratando-se dos dados comportamentais, o atual estudo evidenciou a tendência de lesões em idosos que têm baixa ingestão hídrica (<500ml). Isso explica, além do fator idade, o porquê 74% dos idosos ao exame clínico apresentavam pele ressecada. Colaborando com a desidratação, temos o uso de diuréticos, que nesse estudo teve associação com a variável lesão (p=0,105), já que pode aumentar a frequência urinária, aumentando a perda líquida e, conseqüentemente, o ressecamento cutâneo. Além dessa questão, pode contribuir com a hipotensão ortostática, fator que pode desencadear quedas, as quais refletem em LF¹⁴. O uso de analgésicos apresentou relação

significativa com desenvolvimento de lesões (p=0,019), visto que estudo semelhante solidifica o uso desses medicamentos (20,7%) como fator de risco, uma vez que podem provocar redução do estímulo natural de mudança de posição ao incômodo e conseqüente redução do alívio à pressão, podendo ainda causar diversas reações cutâneas ou processos inflamatórios^{15,16}. Na direção da análise de prevalências clínicas, o índice glicêmico pós-prandial acima 160 mg/dl (p= 0,118) visto como hiperglicemia, aumenta os riscos de infecções em feridas e atrasa o processo cicatricial, podendo atuar negativamente na circulação cutânea levando a isquemia local e assim reduzindo o aporte de nutrientes e o fluxo das células de defesa no local acometido¹⁷. Nesta pesquisa, apesar de não ser significativo estaticamente, quem consumia leite e derivados apresentou mais chances de LF. Inferimos em relação a esse achado que, a lactase, enzima responsável por quebrar a lactose, é produzida em menor quantidade no envelhecimento. Sendo que, alguns possuem intolerâncias e desconhecem os sintomas, passando o leite a ser mal digerido e interpretado como um agente agressor, causando a liberação de citocinas pró-inflamatórias, que induzem as dermatites¹⁸. Outro aspecto de destaque no estudo tem associação entre o estado nutricional magro ao aumento de LF, haja vista a relação da LF em idosos com risco de desnutrição¹⁹. A desnutrição torna os indivíduos mais vulneráveis, principalmente pelo baixo nível de albumina sérica, assim como pela redução da camada de gordura espessa e, conseqüentemente, redução da proteção contra forças de cisalhamento, pressão, atrito e traumas. Na perspectiva da prevenção de lesões, a realização do ITB merece atenção, visto que neste estudo o idoso com ITB alterado tem risco para DAOP. Doravante, a DAOP leva à dificuldade da progressão do sangue, oxigênio e nutrientes para os tecidos dos membros como músculos, nervos, ossos e pele, aumentando o risco de lesões em membros inferiores. Apresenta prevalência de 10 a 25% na população acima de 60 anos, sendo seu aumento gradativo em consonância ao aumento de idade. Outro aspecto relevante é o fato de que, aproximadamente, 70 a 80% dos pacientes acometidos são assintomáticos. Nesse aspecto, é de suma importância realizar o rastreio de idosos com risco para DAOP na Atenção Primária à Saúde através do ITB, o que tem se tornado também um importante aliado na estratificação do risco cardiovascular, especialmente nos pacientes mais vulneráveis (dislipidemia, diabetes, doença cardíaca, doença renal, tabagismo, sedentarismo, idade avançada, dentre outros)²⁰. Neste estudo, o tabagismo e o etilismo não foram evidenciados como fatores de risco para lesões, talvez pelo fato de ambos os grupos serem constituídos, em sua maioria, por pacientes ex-tabagistas e não tabagistas.

CONCLUSÃO

Identificou-se que os idosos residentes na comunidade com maior propensão ao desenvolvimento de LF são os que possuem cuidadores e os que fazem uso contínuo de analgésicos. A prevalência desse tipo de lesão nos idosos foi de 3% (12/396 idosos). A obesidade ou sobrepeso parecem comportar-se como um fator de proteção. Quanto às limitações do estudo destacam-se o número exíguo de estudos nacionais que abordavam avaliação de idosos no contexto comunitário com a situação desfecho – Lesão por Fricção, o que dificultou a comparação entre os presentes achados, uma vez que a realidade vivenciada por idosos em países de primeiro mundo pouco se compara à brasileira.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Federal de Enfermagem e a Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

REFERÊNCIAS

Almeida AFS, Soares TSB, De Abreu RNDC, Mendonça FAC, Guanabara MAO, LRL Sampaio. Influência de fármacos sobre a formação de úlceras por pressão: revisão integrativa. *Revista*

- Enfermagem Contemporânea. 2016; 5(1):118-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.681>
- Azulay V, Tansini PB, Azulay MM. Diet influence on skin diseases. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 2019; 47(2):103-108.
- Dos Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The nursing diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev. Lat Am. Enfermagem*. 2016; 24(e2693). DOI: 10.1590/1518-8345.0782.2693 www.eerp.usp.br/rlae
- Garbaccio JL, Ferreira AD, Pereira ALGG. Conhecimento e prática referidos por idosos no autocuidado com a pele no Centro-Oeste de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 1(1):45-194. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14237>
- Internacional Skin Tear Advisory Panel (ISTAP). Skin tear classification and definition [Internet] 2020 [cited 2020 March 7] Available from:<http://www.skintears.org/>
- Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J. An overview of comorbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatr*. 2018;18(1).
- Kang Y, Tzeng HM, Miller NA. Facility Characteristics and Risk of Developing Pressure Ulcers in US Nursing Homes. *J Nurs Care Qual*. 2016; 31(1):9-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ncq.0000000000000136>.
- Leblanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Edwards K, Holloway S et al. The Art of Dressing Selection. *Adv Skin Wound Care*. 2016; 29(1):32-46. DOI: 10.1097 / 01.ASW.0000475308.06130.df
- Leblanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Edwards K, Holloway S et al. The Art of Dressing Selection. *Adv Skin Wound Care*. 2016; 29(1):32-46. DOI: 10.1097 / 01.ASW.0000475308.06130.df
- Lewin GF, Newall N, Alan JJ, Carville KJ, Santamaria NM, Roberts PA. Identification of risk factors associated with the development of skin tears in hospitalised older persons: a case-control study. *Int Wound J*. 2015; 13(6):1246-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12490>.
- MarinhoCL et al. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 6880-6896, 2020. Disponível em: DOI:10.34119/bjhrv3n3-225
- Matozinhos FP, Velasquez-Melendez G, Tiensoli SD, Moreira AD, Gomes FSL. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51 (e03223). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016015803223>
- Medeiros KKAS, Júnior EPP, Bousquat A, Medina MG. The challenge of integrality inelderly care in the scope of Primary Health Care. *Saúde debate*; 2017; 41(3):288-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s322>.
- Mota TC, Santos JDM, Da Silva BJC, Mesquita NMCB, Oliveira DM. Peripheral arterial occlusive disease: integrative review. *Revista Uningá*. 2017; 53(01):120-5.
- Otto C, Schumacher B, Wiese LPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enfermagem em foco*. 2019; 10(1).DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1323>
- Peixoto CA, Ferreira MBG, Felix MMS, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Rev. LatAm. Enfermagem*.2019; 27(e3117). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>.
- Souza ICP et al. Perfil do paciente dependente hospitalizado e de seu cuidador familiar: conhecimento e preparo para as práticas de cuidado domiciliar. *Reme Rev Min Enferm [Internet]*, v. 18, n. 1, pág. 173-80, 2014.
- Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCG, Santos VLGC. Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(4):674-80.
- Tristão FR, Girondi JBR, Hammerschmidt KSA, Soares CF, Martins T, Lima DKS. Risco para lesão por fricção em idosos longevos na atenção primária à saúde. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16: e3218. https://doi.org/10.30886/estima.v16.614_PT
- Vieira CPB, De Oliveira EWF, Ribeiro MGC, Luz MHBA, Pereira AFM. Preventive actions in pressure ulcers carried out by nurses in primary care. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2016; 8(2):4447-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4447-4459>.
