

PREVALÊNCIA DE LESÕES POR FRICÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER E FATORES ASSOCIADOS

Chrystiany Plácido de Brito Vieira¹

<https://orcid.org/0000-0002-3429-3329>

Thalita Alves Teixeira¹

<https://orcid.org/0000-0002-3866-6989>

Telma Maria Evangelista de Araújo¹

<https://orcid.org/0000-0001-5628-9577>

Fernando José Guedes da Silva Júnior¹

<https://orcid.org/0000-0001-5731-632X>

Francisca Tereza de Galiza¹

<https://orcid.org/0000-0001-5217-7180>

Átila Sâmia Oliveira Rodrigues²

<https://orcid.org/0000-0002-8091-5491>

Objetivo: analisar a prevalência de lesões por fricção em idosos com câncer e fatores associados. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado com 50 idosos, em serviço de Oncologia de um hospital escola, em Teresina-Piauí, Brasil. Utilizaram-se de entrevista, exame físico e prontuário para coleta dos dados, de fevereiro a abril de 2018. Realizaram-se análise descritiva, aplicação do teste Mann-Whitney para observar diferença das médias e da prova exata de Fischer para verificar associação entre desfecho e variáveis independentes. **Resultados:** média de idade 69,36 anos, maioria do sexo masculino (52,0%), sem escolaridade (38,0%), com comorbidades (74,0%), em uso de anticoagulante (56%) e corticoide (76%), dependentes (76%) e com déficit cognitivo (32%). A prevalência de lesões foi 18%, com localização predominante em membros superiores (64,6%) e de classificação 2b (50%). Os fatores associados foram hematomas nas extremidades (p-valor=0,003), uso de curativo adesivo (p-valor=0,044) e presença de comorbidades (p-valor=0,050). **Conclusão:** prevalência de lesões por fricção elevada, associada a fatores clínicos. Sugerem-se outras investigações para viabilizar ações preventivas mais eficazes e definir a epidemiologia dessas lesões, uma vez que são subnotificadas em serviços hospitalares de oncologia.

Descritores: Ferimentos e Lesões; Fricção; Idoso; Serviço Hospitalar de Oncologia; Enfermagem Oncológica.

SKIN TEAR PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERLY PEOPLE WITH CANCER

Objective: To analyze the skin tear prevalence and associated factors in elderly people. **Method:** It was a cross-sectional and analytical study conducted with 50 elderly patients in the Oncology department of a school hospital, in Teresina-Piauí, Brazil. Interviews, physical exams and medical records were used for data collection from February to April 2018. Descriptive analysis was performed, with the Mann-Whitney test to observe difference in means and Fisher's exact test to verify the association between outcome and independent variables. **Results:** Mean age of 69.36 years, mostly male (52.0%), without education (38.0%), with comorbidities (74.0%), anticoagulant (56%) and corticoid (76%) use, dependent (76%), and cognitive deficit (32%). There was an 18% prevalence of injuries, mostly in upper limbs (64.6%) and Category 2b (50%). Associated factors were hematoma in the extremities (p-value=0.003), use of adhesive dressing (p-value=0.044), and presence of comorbidities (p-value=0.050). **Conclusion:** There was a high skin tear prevalence associated with clinical factors. Further investigations are recommended to enable more effective preventive actions and to define the epidemiology of these lesions, since they are underreported in hospital oncology services.

Descriptors: Wounds and Injuries. Friction. Aged. Oncology Service, Hospital. Nursing.

PREVALENCIA DE LESIONES POR FRICCIÓN EN ANCIANOS CON CÁNCER Y FACTORES ASOCIADOS

Objetivo: analizar la prevalencia de lesiones por fricción y factores asociados en ancianos. **Método:** estudio transversal y analítico, realizado con 50 ancianos, en servicio de Oncología de hospital escolar, en Teresina-Piauí, Brasil. Se utilizaron entrevistas, examen físico y prontuario para recolección de datos, de febrero a abril de 2018. Se realizaron análisis descriptivos, aplicación del test Mann-Whitney para observar diferencia de las medias y exacto de Fischer para verificar la asociación entre desenlace y variables independientes. **Resultados:** la media de edad fue 69,36, la mayoría del sexo masculino (52%), sin escolaridad (38,0%), con comorbidades (74,0%), en uso de anticoagulante (56%) y corticoide (76%), dependientes (76%) y con déficit cognitivo (32%). La prevalencia de lesiones fue de 18%, con localización predominante en miembros superiores (64,6%) y de clasificación 2b (50%). Los factores asociados fueron hematomas en las extremidades (p-valor=0,003), uso de curativo adhesivo (p-valor=0,044) y presencia de comorbidades (p-valor=0,050). **Conclusión:** la prevalencia de lesiones por alta fricción estuvo asociada con factores clínicos. Se recomiendan otras investigaciones para permitir acciones preventivas más efectivas y definir la epidemiología de estas lesiones, ya que son subreportadas en servicios hospitalarios de oncología.

Descriptorios: Lesiones y lesiones; Fricción; Anciano; Servicio Hospitalario de Oncología; Enfermería Oncológica.

¹Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil.

²Universidade de Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Chrystiany Plácido de Brito Vieira - Email: chrystianplacido@yahoo.com

Recebido: 26/02/2020 - Aceito: 28/07/2020

INTRODUÇÃO

Lesão por Fricção (LF) é considerada ferida traumática que ocorre, principalmente, nas extremidades de idosos, resultante de fricção ou combinação de fricção e cisalhamento, acarretando separação da epiderme e derme e/ou estruturas subjacentes¹. Decorrem, basicamente, da fragilidade cutânea. Estas lesões são dolorosas e acometem, sobretudo, pacientes com extremos de idade, em cuidados críticos, com doenças crônicas e que necessitam de auxílio para atividades de vida diária².

Alguns pacientes que apresentam maior predisposição à ocorrência das LF, entre os quais estão os idosos, associada às alterações próprias do processo de envelhecer e às condições como mobilidade prejudicada, nutrição comprometida, necessidade de auxílio para atividades de vida diária e comorbidades, como o câncer³.

Com o envelhecimento, é natural a fragilidade, a redução da elasticidade e espessura das camadas da pele, o déficit hidroeletrólítico, que favorece o ressecamento e a descamação da pele, tornando-a mais friável e susceptível a lesões, as quais se potencializam após 75 anos de idade.^{4,5} No contexto da doença neoplásica, idosos apresentam maior incidência de alterações cutâneas e, por isso, é maior o risco de desenvolvimento de LF, devido ao tratamento oncológico e à progressão da doença².

Estudo aponta prevalência das LF variando de 3,3% a 22%, normalmente, associada à idade avançada e à dependência para atividades básicas de vida diária⁶. No Brasil, estudo realizado em 2010, com pacientes hospitalizados com câncer, encontrou prevalência de 3,3%, sendo 60% da amostra acima de 60 anos de idade⁴.

As LF passam, muitas vezes, despercebidas, visto que são feridas traumáticas rasas. Juntam-se a essa problemática o fato de a epidemiologia das LF não está bem definida na literatura internacional e além da escassez de estudos no cenário nacional que avaliem a prevalência e os fatores associados a essas lesões⁶. Assim, faz-se necessária a construção de novos conhecimentos na área, a princípio, por meio de estudos que determinem prevalência desse tipo de lesão na população idosa, especialmente, com câncer, haja vista que a literatura descreve maiores riscos neste grupo específico.

Acredita-se que os resultados deste estudo ofereçam subsídios epidemiológicos desse tipo de ferida e dos fatores associados em idosos com câncer, o que poderá direcionar práticas de prevenção e tratamento em serviços hospitalares de oncologia e, ainda, servir de indicador de qualidade para prática assistencial da enfermagem oncológica.

Portanto, objetivou-se analisar a prevalência de lesões por fricção em idosos com câncer e os fatores associados.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo transversal e analítico, com amostragem por conveniência, desenvolvido em serviço de oncologia para adultos de hospital escola, em Teresina, Piauí, Brasil, com 16 leitos para internação e 12 para quimioterapia ambulatorial.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi constituída pelo universo dos casos de idosos com câncer (n=50), atendidos no serviço de oncologia pesquisado, no período do estudo (fevereiro a abril de 2018). A seleção da amostra foi do tipo acidental, a qual se formou à medida que os idosos eram atendidos no setor. Incluíram-se, assim, os idosos que atenderam aos critérios: idade igual ou superior a 60 anos, estar internado nos leitos de enfermaria, no período da coleta dos dados, independentemente do tempo de internação, ou estar realizando quimioterapia ambulatorial.

Coleta de dados

O instrumento utilizado na pesquisa constou de variáveis evidenciadas pela literatura como primordiais para identificar a associação entre a prevalência da LF com a pessoa idosa, sendo estas: sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, aposentadoria e renda familiar); relacionadas à internação (local de atendimento, data da internação/atendimento, permanência hospitalar); clínicas (diagnóstico, peso, altura, Índice de Massa Corpórea-IMC, estado nutricional, comorbidades, quimioterapia, tabagismo, medicamentos de uso contínuo, aplicação de anticoagulante e corticoide, utilização de cateteres/drenos/sondas/curativos adesivos, condições atuais da pele, história prévia de queda e de LF, mobilidade, marcha, acuidade visual, Miniexame do Estado Mental-MEEM, Katz e presença ou não de lesão por fricção); e sobre LF (quantidade, localização, tempo de evolução dos ferimentos, infecção, retalho de pele e classificação).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, consulta ao prontuário e exame físico da pele do idoso, sendo realizada pelos pesquisadores, que receberam previamente treinamento com estomaterapeuta sobre reconhecimento e classificação da LF. Inicialmente, os idosos foram submetidos ao MEEM, com vistas a avaliar a capacidade cognitiva para responder à entrevista, e, caso acima do ponto de corte diferenciado, de acordo com o nível de escolaridade⁷, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). Caso apresentassem cognição comprometida, a entrevista era realizada com o responsável e o mesmo assinava o TCLE. Nesse momento, coletaram-se dados socio-demográficos e clínicos e, quando necessário, o formulário era complementado com informações obtidas dos prontuários (dados sobre as condições clínicas).

Durante a entrevista, era aplicada a Escala de Katz⁸ para avaliação da independência funcional para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Os dados sobre peso e estatura foram extraídos da ficha de avaliação nutricional da instituição presente nos prontuários. Na sequência, realizou-se o exame físico da pele do idoso, no sentido cefalocaudal, para avaliação das condições da pele e identificação de LF. As lesões foram classificadas segundo o Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção, nas categorias 1a, 1b, 2a, 2b e 3¹. Destaca-se que cada idoso foi avaliado apenas uma vez.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram submetidos ao processamento estatístico no *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. Para caracterizar a amostra, realizaram-se estatísticas descritivas, por meio de distribuição de frequências e medidas de posição. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas para verificação do pressuposto de normalidade, sendo encontrado padrão de distribuição não normal. Assim, para observar a diferença entre as médias das variáveis: idade (anos), renda familiar (reais), tempo de internação (dias), IMC (kg/m²), quantidade de medicamentos, tempo de uso de anticoagulante (dias), tempo de uso de corticoide (dias), escore do MEEM e da KATZ, com a ocorrência de lesão por fricção, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para verificar associação entre variáveis qualitativas, utilizou-se do teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 0,05.

Aspectos éticos

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Piauí, conforme Parecer nº 2.085.462.

RESULTADOS

Na caracterização sociodemográfica, houve predominância da faixa etária de 60 a 79 anos de idade (86,0%), com média de idade de 69,36, sexo masculino (52,0%), casados (60,0%), sem escolaridade (38,0%), aposentados (92,0%),

sendo que 16,0% tinham renda familiar de até um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos participantes (n=50). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	Mínima	Máxima	Média	n(%)
Idade (em anos)	60	96	69,36	
60 - 79				43(86,0)
≥80				7(14,0)
Sexo				
Masculino				26(52,0)
Feminino				24(48,0)
Estado civil				
Casado				30(60,0)
Solteiro				6(12,0)
Viúvo				9(18,0)
Estável				5(10,0)
Escolaridade (anos)	0	11	3,34	
Sem escolaridade				19(38,0)
1-4 anos				16(32,0)
5-10 anos				13(26,0)
10 ou mais				02(4,0)
Aposentadoria				
Não				4(8,0)
Sim				46(92,0)
Renda familiar (SM reais)	370	3000	1344,38	
≤ 1				8(16)
> 1				42(84)

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: SM=Salário mínimo (R\$ 954,00)

Em relação à caracterização clínica dos idosos, verificou-se que 88,0% eram hospitalizados na enfermaria para tratamento clínico, com tempo médio de internação de 13,58 dias. Quanto à avaliação nutricional, 52,0% eram de peso normal, seguido de 34,0% com sobrepeso, 10,0% baixo peso e 4,0% obesos. Dentre os entrevistados, 74,0% apresentavam alguma comorbidade, com destaque para diabetes (22,0%) e hipertensão (60,0%).

Entre os entrevistados, 32,0% estavam em quimioterapia, 70,0% em uso de medicação contínua, 56,0% usavam anticoagulante e 76,0% corticoide. No tocante à avaliação

da pele, 64,0% não usavam curativo adesivo, 28,0% apresentavam equimoses, 16,0% hematomas nas extremidades, principalmente membros superiores, 22,0% tinham púrpura senil, 72,0% pele seca e descamativa e 20,0% edema em membros.

Verificou-se, ainda, que 40,0% apresentavam marcha vacilante, 20,0% eram acamados, 32,0% tinham comprometimento cognitivo, 34,0% tinham acuidade visual prejudicada, assim 76,0% eram dependentes para atividades de vida diária e 34,0% apresentavam histórico de queda.

Constatou-se prevalência de LF de 18,0% (IC95%17,84-18,16). Analisaram-se 14 lesões, média de 1,6 lesões por idoso. Quanto à localização, as regiões que predominaram foram MMSS (64,6%) e tórax anterior (14,2%). Nenhuma das lesões exibiu sinais de infecção, mas quatro (28,5%) apresentavam retalho viável, por isso metade obteve classificação 2b (50,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das lesões apresentadas (n=14). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	n(%)
Quantidade de LF por idoso (n=9)	
1	5(55,5)
2	3(33,3)
3	1(11,2)
Localizações (n=14)	
Tórax anterior	2(14,2)
Lombar	1(7,1)
Sacral	1(7,1)
MMSS	9(64,6)
MMII	1(7,1)
Infecção (n=14)	
Não	14(100)
Sim	0(0)
Retalho de pele (n=14)	
Viável	4(28,5)
Hematoma	10(71,5)
Classificação (n=14)	
1a	3(21,5)
1b	4(28,5)
2b	7(50,0)

Fonte: dados da pesquisa

Acerca da associação das LF com as variáveis sociodemográficas, observou-se que nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa. Entre as variáveis clínicas, verificou-se associação entre a ocorrência de LF com presença de comorbidades ($p=0,050$), uso de

curativo adesivo ($p=0,044$) e hematomas nas extremidades ($p=0,003$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a ocorrência de LF (n=50). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	Ocorrência de LF		p-valor*
	Não n(%)	Sim n(%)	
Sexo			0,275
Masculino	20(48,7)	6(66,6)	
Feminino	21(51,2)	3(33,4)	
Idade (em anos)			0,370
60 - 79	36(87,8)	7(77,7)	
80 - 96	5(12,2)	2(22,3)	
Situação conjugal			0,169
Com companheiro	27(65,8)	8(88,8)	
Sem companheiro	14(34,2)	1(11,2)	
Escolaridade			0,532
Sem	16(39,1)	3(33,4)	
Com	25(60,9)	6(66,6)	
Renda (SM)			0,445
≥ 1	6(14,6)	2(22,3)	
> 1	35(85,3)	7(77,7)	
Aposentadoria			0,440
Não	4(9,7)	0(0)	
Sim	37(90,2)	9(100)	
Local			0,293
Enfermaria	37(90,2)	7(77,7)	
Ambulatório QT	4(9,7)	2(22,3)	
Diagnóstico			0,283
Clínico	35(85,3)	9(100)	
Cirúrgico	6(14,6)	0(0)	
Comorbidades			0,050
Não	13(31,7)	0(0)	
Sim	28(68,3)	9(100)	
Quimioterapia			0,103
Não	30(73,2)	4(44,5)	
Sim	11(26,8)	5(55,5)	
Outros tratamentos			0,517
Não	34(82,9)	7(77,7)	
Sim	7(17,1)	2(22,3)	
Medicação de uso contínuo			0,549
Não	12(29,2)	3(33,4)	
Sim	29(70,8)	6(66,6)	
Uso de anticoagulantes			0,317
Não	19(46,3)	3(33,4)	
Sim	22(53,6)	6(66,6)	
Uso de corticoide			0,368
Não	32(78,1)	6(66,6)	
Sim	9(21,9)	3(33,4)	
Uso de drenos ou cateteres			0,510
Não	12(29,2)	2(22,3)	
Sim	29(70,8)	7(77,7)	
Uso de sondas			0,416
Não	32(78,1)	8(88,8)	
Sim	9(21,9)	1(11,2)	

Uso de curativos adesivos			0,044
Não	29(70,8)	3(33,4)	
Sim	12(29,2)	6(66,6)	
Equimose			0,207
Não	31(45,6)	5(55,5)	
Sim	10(24,4)	4(44,5)	
Hematomas nas extremidades			0,003
Não	38(92,6)	4(44,5)	
Sim	3(7,4)	5(55,5)	
Purpura senil			0,308
Não	33(80,4)	6(66,6)	
Sim	8(19,6)	3(33,4)	
Pele seca e descamativa			0,207
Não	10(24,4)	4(44,5)	
Sim	31(45,6)	5(55,5)	
Edema em extremidades			0,249
Não	34(82,9)	4(44,5)	
Sim	7(17,1)	5(55,5)	
Acuidade visual			0,358
Preservada	28(68,3)	5(55,5)	
Comprometida	13(31,7)	4(44,5)	
Total	41(100)	9(100)	

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: *Teste exato de Fisher

Conforme Tabela 4, houve diferença estatisticamente significativa na média da renda familiar ($p=0,040$) e do escore do MEEM ($p=0,018$), quando comparados idosos com e sem LF.

Tabela 4 - Comparação de médias das variáveis sociodemográficas e clínicas com a ocorrência de LF (n=50). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	Ocorrência de LF		p-valor*
	Não (0)	Sim (1)	
Idade (anos)	68,80	71,88	0,855
Renda familiar (reais)	1314,60	1480,00	0,040
Tempo de internação (dias)	13,92	12,00	0,915
IMC	23,66	22,03	0,891
Quantidade de medicamentos	1,80	2,11	0,931
Tempo de uso de anticoagulante (dias)	9,82	9,33	0,954
Tempo de uso de corticoide (dias)	5,31	6,55	0,751
MEEM	18,63	16,44	0,018
KATZ	3,02	4,11	0,173

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: = Média; (*) O p valor foi obtido pelo teste Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

Trata-se do primeiro estudo regional sobre a prevalência de LF em idosos com câncer. Apesar desta lesão ocorrer principalmente na idade avançada, devido à fragilidade da pele, não se encontraram estudos nacionais sobre associação da epidemiologia das LF a esta população.

O processo de envelhecimento populacional reflete a elevada ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis associadas à maior fragilidade do corpo, entre estas, cita-se o câncer, doença tipicamente concentrada nas faixas etárias mais avançadas⁹. Essa realidade demanda planejamento, organização e avaliação do cuidado de enfermagem, considerando as respostas diferenciadas ao tratamento, bem como as limitações específicas dessa faixa etária, relacionadas aos possíveis problemas sensoriais, de memória e locomoção¹⁰.

Assim, destaca-se a importância de se averiguar a prevalência e os fatores associados à LF em idosos com câncer, pois apresentam condições clínicas resultantes da idade, doença e do tratamento que aumentam o risco da ocorrência dessas lesões², trazendo implicações diretas na qualidade de vida desta parcela da população.

Destacou-se, no presente estudo, a faixa etária de 60 a 79 anos, como também apontado em outros estudos¹⁰⁻¹². Os dados estão em consonância aos descritos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), cuja tendência de aumento na incidência em faixas etárias a partir dos 60 anos de idade é mencionada¹³ em função das transições demográfica e epidemiológica globais que sinalizam impacto, cada vez maior, da carga de câncer nas próximas décadas.

A predominância do sexo masculino também é constatada pelas estimativas do INCA, que apontam discreto predomínio do sexo masculino, tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%)¹³. Possível explicação poderia ser encontrada no fato da não adesão de homens às medidas de atenção integral, fator contribuinte para que estes cuidem menos de si e se exponham mais às situações de risco¹⁴.

Em relação à situação conjugal, a maior parte dos idosos era casada, o que demonstrou possuir apoio familiar, importante fator frente ao cuidado e tratamento de tal patologia¹⁵. A família deve ser considerada por enfermeiros como aliada para implementação das medidas de cuidado.

No tocante à renda, constataram-se idosos com renda menor de um salário mínimo. Pessoas com níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado maior incidência de câncer em geral, maior proporção de diagnóstico tardio, maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado, pior prognóstico e menor so-

brevia após o diagnóstico de câncer, maior risco de óbito por câncer em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis¹³.

A escolaridade baixa reflete o grau de conhecimento do paciente, o que, associado à baixa renda, constitui vulnerabilidade para muitos processos de saúde-doença, como nas neoplasias, pois reduz as ações de prevenção e as chances de acesso aos serviços de saúde, podendo resultar em diagnóstico tardio¹⁶.

Quanto à caracterização clínica dos idosos, a maioria apresentava outras comorbidades além do câncer em tratamento. O acometimento das doenças crônicas com o avanço da idade é resultado esperado pelas características dessas doenças, associado à ocorrência simultânea de diferentes fatores de risco, ao uso contínuo e diversificado de medicamentos e às mudanças corporais e funcionais inerentes ao processo de envelhecimento, o que exige cuidado especial voltado a essa fase da vida^{13,16}.

No que diz respeito à avaliação nutricional, a maioria possuía peso normal. O tratamento quimioterápico é um dos fatores que podem induzir ao aparecimento de infecções e contribuir para piora do estado nutricional. Outro fator é o tempo de permanência hospitalar que também é uma das causas de risco nutricional em pacientes oncológicos, considerando que, de forma geral, estes pacientes se mantêm internados por maior período¹⁷.

Quanto aos medicamentos, maioria utilizava medicação de uso contínuo, dentre eles corticoides e anticoagulantes. A polifarmácia e o uso prolongado de esteroides e anticoagulantes, associados à fragilidade da pele dos idosos, pre-dispõem o aparecimento de LF¹⁸⁻¹⁹.

No que diz respeito à prevalência de LF, apesar de que na literatura não se encontraram trabalhos associando a ocorrência dessa lesão nos pacientes idosos em serviço hospitalar de oncologia, verificou-se elevada taxa de prevalência. Estudo realizado, no Brasil, com pacientes hospitalizados com câncer, levantou a prevalência de 3,3%³, bem abaixo de 18,0% da encontrada neste estudo, cuja explicação pode estar no fato de a população ser somente de pacientes idosos.

Acerca das características das lesões apresentadas, a categoria 2b foi a mais prevalente, ou seja, todas apresentavam retalho, mas viável em apenas 28,5% das lesões analisadas. Este achado diverge de outros estudos, um nacional³, em que prevaleceu as de categoria 3, e outro internacional, que predominou 1b²⁰. Destaca-se que não há uso de linguagem comum na identificação e classificação das LF em todos os ambientes de cuidados com a saúde, no entanto, a definição uniforme da LF pode auxiliar na padroni-

zação do ensino clínico, prática, comunicação, planejamento de cuidados e pesquisa entre profissionais de saúde²¹.

A localização mais frequente foi nos membros superiores, corroborando com outros estudos^{6,19} que apontam que essa região é comum em idosos dependentes, situação comprovada neste estudo, em que a maioria dos participantes era dependente para atividades de vida diária.

Com relação aos fatores de risco associados com LF, a literatura aponta idade avançada, dependência para atividades básicas de vida diárias, mobilidade, comportamento agitado, comprometimento cognitivo, espasticidade, uso de anticoagulantes, equimoses e história prévia de LF^{3,20}, o que diverge dos dados apontados neste estudo, exceto comprometimento cognitivo, pois se verificou que a ocorrência de LF estava associada à menor média do MEEM.

No presente estudo, a ocorrência de LF esteve associada com as características clínicas: uso de curativo adesivo, hematomas nas extremidades e presença de comorbidades. O uso do curativo adesivo, especificamente a retirada do curativo adesivo, é considerada uma das causas extrínsecas para ocorrência de LF, por se tratar de um trauma²¹.

A presença de hematomas nas extremidades, identificada na maioria dos idosos avaliados, principalmente em membros superiores, localização mais prevalente das lesões, aumenta o risco de trauma, quando existe a necessidade de realização das atividades de vida diária, bem como de transferir o paciente. A redução da lubrificação natural da pele, associada ao envelhecimento, torna-os mais susceptíveis à fricção e ao cisalhamento que podem resultar em ferimentos e lesões²².

A presença de comorbidades pode comprometer a saúde global e, em pacientes com câncer que estão mais susceptíveis ao comprometimento da saúde da pele, aumentam ainda mais as chances da ocorrência de LF. A neoplasia compromete os mecanismos homeostáticos do corpo, resultando na diminuição da perfusão da pele e das partes moles e em prejuízos nos processos metabólicos cutâneos, deixando a pele mais susceptível a lesões. A ocorrência de outros fatores, além da própria idade avançada, como doenças crônicas, aumenta sobremaneira a fragilidade e vulnerabilidade dérmica³.

Outra condição que eleva a vulnerabilidade de idosos com câncer à ocorrência de LF é o comprometimento cognitivo, uma vez que pode trazer incapacidade para cuidar de si e comportamento pouco colaborativo, situações comuns entre os pacientes oncológicos com LF, pois acarreta prejuízo da mobilidade física e aumenta a dependência para atividades básicas de vida diária⁶.

Baixa renda é fator importante a ser considerado quan-

to à vulnerabilidade de idosos com câncer, no entanto, constatou-se, neste estudo, na comparação de média, que os idosos com LF apresentavam média maior de renda. Embora maior renda e alta escolaridade exerçam fatores protetores para esses idosos, não os tornam totalmente isentos de desenvolverem lesões na pele, como as LF, haja vista que as modificações cutâneas e nos demais sistemas, decorrentes do envelhecimento⁴, aumentam o risco de lesões e complicações.

Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas principalmente à casuística e amostra intencional, pois foi realizado em apenas uma instituição hospitalar especializada, o que dificultou também a realização de estatística mais robusta.

Contribuições do estudo

Este estudo pode contribuir para o melhor conhecimento da epidemiologia das LF em pacientes idosos com câncer. Logo, sugere-se a realização de estudos como este em outros serviços de oncologia para levantamento da problemática, com vistas a contribuir para ações preventivas mais adequadas pela enfermagem oncológica, com base em investigações bem delineadas.

CONCLUSÃO

Constatou-se prevalência de 18,0% de LF, o que permitiu concluir que estas constituem problema para pacientes idosos com câncer hospitalizados, estando associadas à maior média da renda familiar, à menor média do MEEM, ao uso de curativo adesivo, a hematomas nas extremidades e à presença de comorbidades. Trata-se de problema que existe em serviços hospitalares de oncologia e que precisa ser adequadamente abordado, para viabilizar ações preventivas mais eficazes e definir a epidemiologia dessas lesões, uma vez que são subnotificadas nos serviços.

Contribuições dos autores:

CPBV: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; TAT: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; TMEA: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; FJ-GSJ: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; FTG: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; ASOR: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Strazzieri-Pulido KC, Santos VLCG. Cultural adaptation and validation of STAR Skin Tear Classification System for Brazilians. *Wound Stomy Continence Nurs J* [Internet]. 2011; 38(3S):92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201400020014200017&lng=en
2. Baranoski S, Leblanc K, Gloeckner M. CE: preventing, assessing, and managing skin tears: a clinical review. *Am J Nurs* [Internet]. 2016; 116(11):24-30. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000505581.01967.75>
3. Amaral AFS, Pulido KCS, Santos VLCG. Prevalence of skin tears among hospitalized patients with cancer. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012; 46(n. esp):44-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700007>
4. Santos EI. Skin tear treatment and prevention by nurses: an integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014; 35(2):142-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.45178>
5. Girondi JBR, Soldara D, Evaristo SM, Locks MOH, Amanante LN, Vieira AS. Desbridamento de feridas em idosos na atenção primária em saúde. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(5):20-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2669>
6. Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG. Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015; 49(4):674-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400019>
7. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994; 52(1):1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
8. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de

- Katz). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008; 24(1):103-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
9. Matoso LML, Costa Oliveira LE, Oliveira KKD. Perfil Sociodemográfico dos portadores de neoplasias nos serviços de referência do Rio Grande do Norte. *Rev Eletr Fainor* [Internet]. 2016; 9(1). Available from: srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/487/278.
10. Silva JA, Hansel CG, Silva J. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016; 24(3):e9621. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9621>
11. Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro RCL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; 20(3):751-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.06252014>
12. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(3):112-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905/572>
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. INCA: Rio de Janeiro; 2017.
14. Fernandes AAC, Leandro FS, Oliveira GS, Araújo CLO. Sexualidade em homens com câncer de próstata. *Rev Eletr Enferm Vale do Paraíba* [Internet]. 2015; 1(6). Available from: fatea.br/seer3/index.php/REENVAP/article/download/57/46/
15. Lima AP, Lini EV, Giacomazzi RB, Dellani MP, Portella MR, Doring M. Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018; 21(1):53-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170054>
16. Haddad NC, Carvalho ACA, Novaes CO. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. *Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto* [Internet]. 2015. Available from: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.17923>
17. Coruja MK, Steemburgo T. Estado nutricional e tempo de internação de pacientes adultos hospitalizados com diferentes tipos de câncer. *Braspen J* [Internet]. 2017; 32(2):114-8. Available from: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/08/03-AO-Estado-nutricional-e-tempo.pdf>
18. Powell RJ, Hayward CJ, Snelgrove CL, Polverino K, Park L, Chauhan R et al. Pilot randomised controlled trial of protective socks against usual care to reduce skin tears in high risk people "STOPCUTS": study protocol. *Pilot Feasibility Stud* [Internet]. 2015; 1(1):12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-015-0005-3>
19. Stephen-Haynes J, Callaghan R. The prevention, assessment and management of skin tears. *Wounds UK* [Internet]. 2017; 13(2):58-65. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/prevention-assessment-and-management-skin-tears>
20. Koyano Y, Nakagami G, Iizaka S, Minematsu T, Noguchi H, Tamai N, Mugita Y et al. Exploring the prevalence of skin tears and skin properties related to skin tears in elderly patients at a long term medical facility in Japan. *Int Wound J* [Internet]. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12251>
21. Chang YY, Carville K, Tay AC. The prevalence of skin tears in the acute care setting in Singapore. *Int Wound J* [Internet]. 2016; 13(5):977-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12572>
22. Leblanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears©. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2011; 24(9):2-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000405316.99011.95>