

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO SISTEMA TEGUMENTAR DA PESSOA IDOSA¹

DIAGNOSES AND NURSING INTERVENTIONS ON THE TEGUMENTAR SYSTEM OF THE ELDERLY

**Andressa Amaral da Silva², Maria Helena Gehlen³,
Carla Lizandra de Lima Ferreira⁴ e Adriana Dall' Asta Pereira⁵**

RESUMO

Objetiva-se, com este estudo, verificar na literatura nacional os diagnósticos e intervenções de enfermagem relativos às alterações da pele no processo de envelhecimento, naturais a eventos patológicos em idosos hospitalizados. O envelhecimento é um processo fisiológico em que todas as funções dos sistemas sofrem alterações. Um deles é o sistema tegumentar, do qual fazem parte a pele e os anexos, que passam por diminuições progressivas que deixam a pessoa idosa suscetível a algumas alterações no decorrer da fase do envelhecimento. Realizou-se uma revisão integrativa acerca dos diagnósticos e intervenções na pele dos idosos no contexto da enfermagem, do ano de 2003 a 2016, por meio dos descritores: diagnóstico de enfermagem, idoso e pele. A partir dos descritores, encontrou-se o total de 28 artigos. Destes, selecionaram-se dez artigos, lidos na íntegra para os resultados, apresentados em um quadro sinóptico e, posteriormente, descritos. Portanto, com base nos artigos selecionados, os principais diagnósticos encontrados relacionados ao sistema tegumentar foram risco de integridade da pele prejudicada e integridade da pele prejudicada. Quando esses diagnósticos são identificados, é de grande importância que o enfermeiro desenvolva cuidado integral à pessoa idosa.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem, pele, processo de envelhecimento.

ABSTRACT

The objective of this study is to check the national literature on nursing diagnoses and interventions related to skin alterations in the aging process, natural to pathological events for hospitalized elderly. Aging is a physiological process in which all the functions of the systems undergo changes. One system is the tegumentary, which includes the skin and the attachments, which undergo progressive decreases that leave the elderly person susceptible to some changes in the course of the aging phase. An integrative review was carried out about the diagnoses and interventions in the skin of the elderly in the context of Nursing, from 2003 to 2016, through the descriptors: nursing, elderly and skin diagnosis. From the descriptors, a total of 28 articles were found. From these, ten articles were selected, read in full for the results, presented in a synoptic table and later described. Therefore, based on the selected articles, the main diagnoses found related to the tegumentary system was impaired skin integrity. When these diagnoses are identified, it is of great importance that nurses develop integral care for the elderly.

Keywords: nursing diagnosis, skin, aging process.

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: andressamaraldasilva@ymail.com

³ Colaboradora. Docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: gehlenmh@gmail.com

⁴ Colaboradora. Coordenadora e docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: carlalizandraferreira@gmail.com

⁵ Orientadora. Docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: adrianadap@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como um processo fisiológico em que as alterações que ocorrem nos sistemas do corpo humano são naturais. Por outro lado, quando a pessoa idosa não leva uma vida ativa e saudável, ela é acometida por certas doenças, por meio das quais as funções vitais do organismo são atingidas, o que deixa muitos idosos incapacitados de realizar suas atividades diárias (BRASIL, 2006).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a preocupação com a saúde do idoso é uma prioridade devido ao aumento e à longevidade dessa população brasileira. Nesse contexto, o crescimento da população idosa afeta diretamente a quantidade de idosos que adoecem e, assim, aumentam as internações hospitalares e as medicações administradas, o que gera despesas públicas e causa transformações no país (CRUZ; MURAI, 2009).

O Estatuto do Idoso, regulamentado pela lei 13.466, de julho de 2017, estabelece que idosos são todos aqueles com 60 anos de idade ou mais. Essa lei assegura os direitos sociais e de saúde da pessoa idosa, garantindo o direito ao atendimento, tanto nos órgãos públicos como nos privados. A pessoa idosa deve ter preferência nos direitos fundamentais para a vida humana, entre os quais estão incluídos o direito à vida, à alimentação, ao lazer, à educação, à convivência entre a família e a comunidade. A lei incentiva a pessoa idosa a ter participação efetiva na sociedade, criando condições para promover sua autonomia (BRASIL, 2017).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, pois se estima que no ano de 2025, o Brasil seja o sexto país com maior percentual de pessoas idosas. Nos anos de 1980 a 2000, a população idosa com idade de 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, resultando em mais de 4,5 milhões de idosos no ano de 2000. Proporcionalmente, aumentou a expectativa de vida dessas pessoas, o que gerou mudanças na saúde pública, pois, com esse elevado número de idosos, é necessário que os órgãos de saúde estejam qualificados para atender essa demanda e proporcionar a eles uma qualidade de vida (OMS, 2005).

Salienta-se que é de suma importância atentar para o crescimento da população idosa, já que diversas alterações acometem esse grupo de pessoas, que fica mais vulnerável a lesões de pele (GOMES et al., 2016). Nesse mesmo contexto, entre os sistemas que são acometidos pelo processo fisiológico do envelhecimento, encontra-se o sistema tegumentar que é constituído pela pele e anexos. Fisiologicamente, a pele diminui as glândulas sebáceas, tornando-se ressecada, conseqüentemente as papilas da derme se tornam menos profundas, diminuindo a aproximação entre as camadas da pele, o que se torna favorável a causar lesões (PEREIRA, 2013).

Essas alterações, somadas à excessiva exposição aos raios ultravioletas (UV) e à diminuição das células de Langerhans, aumentam a chance de o idoso desenvolver o câncer de pele. Além disso, na derme da pessoa idosa, ocorre a diminuição das fibras colágenas e elásticas, o que ocasiona a formação das rugas. Conseqüentemente, a vascularização também reduz, o que explica a baixa temperatura e o descolorimento da pele, deixando-a suscetível ao desenvolvimento de dermatites (PEREIRA, 2013).

Essas alterações do sistema tegumentar são causadas pelo próprio sistema fisiológico que acomete a pele no processo de envelhecimento, juntamente com os fatores ambientais e genéticos e as patologias cutâneas (ACURSSIO, 2001). Como parte da equipe interdisciplinar, o enfermeiro deve estar qualificado para atender a população idosa. Para isso, é necessário ter conhecimentos e desenvolver habilidades que contemplem as características biológicas e psicossociais dessa clientela (SILVA, 2008).

O diagnóstico e as intervenções de enfermagem são relevantes na prática do profissional enfermeiro, uma vez que ampliam a clínica ao avaliar o paciente e, a partir disso, é possível oferecer um tratamento de qualidade. Nesse sentido, quando se tem conhecimento, evitam-se erros na área de atuação, proporcionando maior efetividade no trabalho, segurança profissional e garantia de qualidade do atendimento prestado ao cliente (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013; MARTINS, 2014).

Assim, são de muita importância as intervenções de enfermagem com a pessoa idosa nessa fase, pois essas intervenções vêm com o intuito de oferecer uma assistência humanizada, visando ao bem-estar do idoso integralmente e ao entendimento das modificações comuns decorrentes do envelhecimento (SILVA, 2008; JUNIOR, 2015). Segundo Both et al. (2014), para que haja essa assistência diferenciada, o profissional enfermeiro deve buscar constante aprimoramento para que possa oferecer uma promoção de saúde ao idoso.

Desse modo, o estudo proposto pretende encontrar formas de oferecer uma promoção de saúde adequada ao idoso, a partir do seguinte objetivo: Investigar na literatura nacional quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem relativas às alterações da pele no processo de envelhecimento e consequentes a eventos patológicos em idosos hospitalizados.

Justifica-se o interesse de realizar esse estudo pelo aumento do número de idosos no país, que, quando hospitalizados, ficam suscetíveis a desenvolver lesões de pele. Esse agravo aumenta a vulnerabilidade a infecções. Essa temática é importante para o campo da saúde devido à necessidade de se trabalhar com essa população, elaborando e disseminando estudos que discutam aspectos que envolvem a referida temática, visto que ainda são incipientes.

Diante do exposto, o estudo tem por objetivo verificar na literatura nacional os diagnósticos e intervenções de enfermagem relativas às alterações da pele no processo de envelhecimento, naturais a eventos patológicos em idosos hospitalizados.

MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar o objetivo proposto neste estudo, o método eleito foi a Revisão Integrativa, que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e permitem, assim, a incorporação desses achados na prática clínica. Optou-se pela Revisão Integrativa uma vez que esta propicia subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas assistenciais de enfermagem por meio de modelos de pesquisa, além de construir a análise

ampla da literatura, abordando, inclusive, discussões sobre os métodos e resultados das publicações (BARDIN, 2011).

Para a elaboração de uma revisão integrativa, se faz necessária a adoção de fases que apresentem um rigor metodológico em busca de evidências sobre determinado assunto. Essas fases compreendem seis etapas: selecionar a questão para a revisão (pergunta norteadora); selecionar as pesquisas que constituirão a amostra do estudo; representar as características das pesquisas revisadas; analisar os achados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no projeto; interpretar os resultados e apresentar e divulgar os resultados (BARDIN, 2011).

Considerando o aumento da população idosa no país que quando hospitalizados, ficam suscetíveis a desenvolver lesões de pele e esse agravo interfere na vulnerabilidade a infecções, elegeu-se a seguinte questão norteadora para guiar este estudo: Investigar na literatura nacional quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem relativas as alterações da pele no processo de envelhecimento e consequentes a eventos patológicos em idosos hospitalizados. Para identificar os estudos publicados acerca dos diagnósticos e intervenções relativas às alterações de pele nos idosos no campo da Enfermagem, foi utilizada uma busca *online* em periódicos na área de concentração da Enfermagem com indexação nacional, por meio das bases de dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados como critérios de inclusão da amostra: estudos realizados por pesquisadores da Enfermagem brasileira disponíveis nas bases de dados selecionadas para a pesquisa proposta; estudos acerca dos diagnósticos e intervenções de pele nos idosos no contexto da enfermagem; estudos disponibilizados na íntegra; estudos publicados no período entre 2003 e 2016 e estudos publicados na modalidade artigo científico (original ou revisão). Justifica-se este recorte temporal, uma vez que o Estatuto do Idoso foi publicado no ano de 2003.

Para a busca dos artigos, foram utilizadas estratégias, respeitando as especificidades da base de dados, com os seguintes descritores: Diagnóstico de enfermagem and Idoso and Pele, que fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS. A partir dos descritores, foi encontrado o total de 28 artigos na base de dados LILACS. Após a leitura dos títulos, foram selecionados onze artigos que estavam de acordo com o método de inclusão. Em seguida, ao realizar a leitura dos resumos, foram encontrados dez artigos, que foram lidos na íntegra e utilizados nesta pesquisa. Na base de dados BNENF, após a leitura dos títulos, foram selecionados oito artigos que estavam de acordo com o método de inclusão. Em seguida, após realizar a leitura dos resumos, constatou-se que seis artigos estavam adequados para o estudo e foram lidos na íntegra e utilizados, juntamente com os outros dez, selecionados anteriormente na base LILACS, para a realização deste estudo.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento construído para esse fim e que contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico e avaliação das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados. Foram excluídos desta pesquisa, os artigos em forma de apostilas, cartas e editoriais, pois não

contemplavam os critérios necessários para uma pesquisa científica, já que o foco deste estudo era buscar evidências científicas sobre o assunto. Também foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis na íntegra. Os resultados são apresentados de forma descritiva, por meio de um quadro sinóptico, objetivando-se captar as evidências dos diagnósticos e intervenções de enfermagem relativas às alterações da pele no processo de envelhecimento e consequentes a eventos patológicos em idosos hospitalizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos em um quadro sinóptico, no qual constam as principais informações sobre os artigos, como autor(es), ano, título, objetivo, metodologia, resultados e conclusão de cada artigo avaliado (Quadro 1).

Quadro 1 - Quadro Sinóptico com a descrição dos dez artigos selecionados de acordo com os métodos de inclusão e exclusão.

AUTOR(ES) / ANO	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADO	CONCLUSÃO
A1: Freitas, Pereira e Guedes (2010)	Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE.	Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em idosos institucionalizados e com dependência total dos cuidados de enfermagem.	Utilizou-se a pesquisa convergente-assistencial (PCA).	Foram identificados 48 diagnósticos, sendo que 15 atingiram o percentil 50 e foram selecionados, pela sua importância para discussão. Destes, 11 eram diagnósticos de enfermagem reais e 4 de risco.	O diagnóstico de enfermagem possibilita o cuidado efetivo e individual, o qual é necessário na atenção aos idosos. Sendo que o profissional enfermeiro pode desenvolver atividades que busquem prevenir complicações no processo do adoecimento.
A2: Araújo et al. (2011).	Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão.	Identificar os diagnósticos de enfermagem mais presentes em pacientes com risco para UP em uma UTI de Fortaleza-CE, Brasil.	Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo transversal.	As faixas etárias foram de 50 a 64 anos; 65 a 74 anos; 75 a 80 anos e mais de 80 anos, o que totalizou 45 diagnósticos de enfermagem, sendo que 17 tinham significância clínica para desenvolver lesões por pressão.	Pode-se observar que o risco de desenvolver UP inerente às UTI pode ser prevenido com a SAE e com protocolos específicos de prevenção de úlcera.

A3: Lopes et al. (2007).	Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP).	Descrever os principais diagnósticos de enfermagem em idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP), com vistas à implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).	Estudo de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantiqualitativa.	Fizeram parte do estudo 39 mulheres e 16 homens, entre 63 e 105 anos. Sendo identificados 48 diagnósticos de enfermagem.	É de suma importância intervir diante de diagnósticos de enfermagem, pois requer do enfermeiro conhecimentos e habilidades com relação ao processo de envelhecimento, no tange ao cuidado ao idoso e a sua família.
A4: Malaquias, Bachio e Nakatani (2008).	Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados.	Analisar a ocorrência do diagnóstico de Enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em idosos hospitalizados.	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa.	A idade dos idosos variou entre 60 e 87 anos. Foi identificado o diagnóstico de enfermagem (DE), risco de integridade da pele prejudicada em 100% dos idosos.	Conclui-se que 100% dos idosos hospitalizados apresentaram risco de desenvolverem integridade de pele prejudicada.
A5: Resende, Bachion e Araújo (2006).	Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família.	Estudar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em idosos de uma comunidade.	Trata-se de um estudo descritivo.	Foram 40 idosos que participaram da pesquisa, 27 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Foi identificada integridade da pele prejudicada em 50% dos participantes.	Permitiu-se verificar a incidência de integridade da pele prejudicada em 50% dos idosos, com distribuição semelhante entre homens e mulheres, prevalecendo com maior número na faixa etária de 60 a 69 anos.
A6: Santos et al. (2008).	Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo.	Identificar, a partir dos dados contidos nos prontuários, os diagnósticos de enfermagem e caracterizar esses diagnósticos por meio de um mapeamento utilizando a Taxonomia II da NANDA.	Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo exploratório-descritivo.	Foram 196 prontuários utilizados na pesquisa, 154 eram de idosos do sexo feminino e 42 do sexo masculino. O diagnóstico de enfermagem com maior prevalência foi o risco de integridade da pele prejudicada, que afetou 106 (54,8%) idosos. Após, o de memória prejudicada, com 91 (46,4%), seguida da dentição prejudicada, com 81 (41,3%) idosos, e risco de quedas, com 70 (35,7%) idosos.	Com os dados contidos nos prontuários de idosos em acompanhamento pela enfermagem, identificaram-se os diagnósticos de enfermagem e destacou-se a importância do mapeamento para a escolha dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA, norteados para a realização da prática clínica direcionada para intervenções, no que tange à educação em saúde, que valorize o envelhecimento ativo.

A7: Lira et al. (2015).	Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar.	Identificar os diagnósticos de enfermagem descritos pela North American Nursing Diagnosis Association mais frequentes entre idosos em situação hospitalar e propor prescrições de enfermagem correlatas aos diagnósticos de enfermagem identificados entre idosos em situação hospitalar.	Pesquisa quantitativa, do tipo descritivo.	Compuseram o estudo 28 mulheres e 22 homens com idade entre 60 e 88 anos. Nesse estudo, apresentaram-se os diagnósticos de enfermagem, que surgiram das características definidoras mais frequentes, com percentual acima de 40%, totalizando 13 diagnósticos.	Conclui-se que é importante o enfermeiro saber interferir frente os diagnósticos de enfermagem, pois o profissional deve ter conhecimento e habilidades com relação ao processo do envelhecimento.
A8: Sakano e Yoshitome, (2007)	Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados.	Conhecer os principais diagnósticos de enfermagem (DE) em idosos e propor as intervenções de enfermagem para os principais DE encontrados nesta população.	Trata-se de um estudo retrospectivo.	Os principais DE foram: risco para infecção (100%), mobilidade física prejudicada (50,7%), nutrição alterada: menos que as necessidades corpóreas (44,7%), déficit no autocuidado (43,3%), integridade da pele prejudicada (41,8%).	O diagnóstico de enfermagem e as intervenções, quando integradas, contemplam as necessidades da pessoa idosa, desde que haja uma conduta de enfermagem adequada que promova a assistência a cada paciente.
A9: Araújo, Carvalho e Chianca (2014).	Diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos hospitalizados.	Identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) formulados aos anciãos internados numa instituição de saúde de quarto grau de complexidade	Estudo descritivo de tipo transversal.	Foram utilizados para pesquisa 49 prontuários, 53.1% eram de indivíduos do sexo feminino e 46.9% do sexo masculino. Foram identificados 36 diferentes títulos diagnósticos. Entre eles, o risco de integridade da pele prejudicada, com 59.2%.	Os diagnósticos de enfermagem são importantes para o planejamento das intervenções de enfermagem, pois eles direcionam para que a pessoa idosa tenha qualidade de vida.
A10: Guedes et al. (2009).	Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar.	Analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem (DE) do domínio Segurança/Proteção, da Taxonomia II da NANDA, na admissão hospitalar de idosos.	Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem quantitativa.	Participaram da pesquisa 28 idosos, com idade igual ou maior que 60 anos, sendo 75% do sexo masculino, Destes, 14,2% possuíam o diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada.	Conclui-se que, quando são identificados os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro contribui para a diminuição do número de internações e reinternações, além de atender às necessidades da pessoa idosa.

Fonte: construção das autoras.

A partir da análise das publicações encontradas, construíram-se quatro categorias temáticas: “Diagnóstico de enfermagem: risco de integridade da pele prejudicada/ integridade da pele prejudicada”, “Processo fisiológico da pele e anexo na fase do envelhecimento”, “Alterações de pele que mais acometem o idoso no processo do envelhecimento” e “Intervenções de enfermagem”.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA/INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Conforme Lira et al. (2015), a pessoa idosa apresenta diferentes alterações na fase do envelhecimento, período em que ela deve ser avaliada integralmente, incluindo as dimensões clínicas, funcional e psicossociais. O enfermeiro tem o intuito de cuidar da fragilidade tegumentar na sua longevidade, ajudar na sua recuperação e realizar um cuidado humanizado.

Sempre que o profissional enfermeiro e sua equipe identificam os diagnósticos de enfermagem, pode-se realizar cuidados especiais com retornos positivos ao paciente (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2010). Ressalta-se que, no âmbito hospitalar, o profissional deve realizar um cuidado contínuo, em especial no que tange às ações de promoção de saúde e constatação prévia do aparecimento do risco de lesão na pele (MALAQUIAS; BACHION; NAKATANI, 2008). Em uma pesquisa em 49 prontuários de idosos hospitalizados, foram identificados 36 diferentes diagnósticos. Entre eles, foi identificado o risco de integridade da pele prejudicada com percentual de 59,2% (ARAÚJO; CARVALHO; CHIANCA, 2014).

Quando a pessoa idosa apresenta alterações no sistema tegumentar, toda a equipe de assistência pode realizar essa avaliação (ARAÚJO et al., 2011), mas, em especial o enfermeiro, que, para interferir perante os diagnósticos de enfermagem, precisa ter conhecimentos e habilidades com relação às alterações do processo do envelhecimento, que inclui os familiares do paciente e as barreiras enfrentadas durante essa fase (LOPES et al., 2007). Em um estudo realizado com 17 pacientes hospitalizados com faixa etária de 60 anos ou mais, foi identificado em todos os pacientes, o diagnóstico de enfermagem risco de integridade da pele prejudicada, com uma numeração de fatores de riscos de três a quinze por idoso (MALAQUIAS; BACHION; NAKATANI, 2008). Quando o idoso envelhece, ele encontra-se frágil, o que exige um cuidado especial pela parte da equipe de enfermagem, que deve focar nos problemas de saúde apresentados pelo paciente (DIAS et al., 2014). Nesse caso, a identificação dos diagnósticos de enfermagem é indispensável durante a hospitalização, pois é necessário para que o enfermeiro possa realizar o planejamento e ações imprescindíveis ao paciente (LIRA, 2015).

Entretanto um cuidado eficaz transcorre das necessidades da enfermidade e também pelos gigantes apresentados pelo processo do envelhecimento. Nesse processo, é preciso dar ênfase, também, para as dimensões espirituais, morais e estéticas, e não exercer somente a prática técnica, mas oferecer um cuidado integral à pessoa idosa (DIAS et al., 2014).

Em uma instituição de longa permanência, também foi realizada uma pesquisa com 29 idosos, sendo 21 mulheres, com percentual de 72,4%, e 8 homens, que equivale a 27,6%, entre 60 a 95 anos. Nessa pesquisa, identificaram-se diagnósticos de enfermagem com tendência a riscos para a pessoa idosa, como alterações musculoesqueléticas, osteopenia, desnutrição, emagrecimento, fraqueza, imobilidade mecânica e física, estado mental rebaixado, mudança no turgor da pele e também dificuldades na visão e na marcha. No que se refere à pele, 72,4% dos participantes da pesquisa apresentam o diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2010).

No momento em que os enfermeiros estabelecem os diagnósticos de enfermagem para a pessoa idosa, é preciso atentar para os fatores de risco relacionados à integridade da pele, como imobilidade, emagrecimento, desidratação, alterações de nível de consciência, procedimentos agressivos, entre outros. O reconhecimento desses diagnósticos protege o idoso de agravos futuros e, assim, as intervenções preventivas vêm com o intuito de proteger o sistema tegumentar (FREITAS; WALDMAN, 2011). Nesse mesmo contexto, em um hospital, foi realizada uma pesquisa com 13 pacientes idosos que se encontravam restritos ao leito. Observou-se, então, que 8 dos participantes apresentavam pele fina e com presença de edema e 11 estavam acima do peso corporal. Foram encontrados 45 diagnósticos de enfermagem no total, entre os quais 17 eram relevantes para o desenvolvimento de lesões de pele, como as úlceras por pressão, que, em alguns deles, apareciam com maior frequência, com percentual maior que 80%. A Integridade da pele prejudicada foi o diagnóstico encontrado em todos os idosos, seguido da Deambulação prejudicada, em 87%, da Deglutição prejudicada, da Mobilidade no leito prejudicada e da Troca de gases prejudicada, identificadas em 80% dos participantes (ARAÚJO et al., 2011).

Durante a hospitalização, o paciente fica suscetível a desenvolver a lesão de pele, como a úlcera por pressão, o que requer dos profissionais de saúde uma atenção eficaz. Os cuidados de enfermagem destinados às úlceras por pressão compreendem intervenções pertinentes à pessoa idosa para evitar a ocorrência dessa lesão. Para isso, é necessária a utilização das escalas como um instrumento para prevenção, o que permite reconhecer os fatores predisponentes que causam as lesões (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Em outra instituição de longa permanência, foi realizado um estudo com 55 idosos, 39 mulheres e 16 homens. Entre os 48 diagnósticos de enfermagem encontrados, dois são relacionados ao sistema tegumentar: a integridade da pele prejudicada, que foi relacionada à imobilidade e que resultou em lesões no tecido epidérmico e dérmico, além de eritema e úlceras; a imobilidade e pressão sobre a pele (LOPES et al., 2007).

Em outro estudo, em uma instituição de ensino superior, foram analisados 196 prontuários, e o diagnóstico de enfermagem com maior prevalência foi risco de integridade da pele prejudicada, que afetou 106 dos participantes da pesquisa (SANTOS et al., 2008).

ALTERAÇÕES DE PELE QUE MAIS ACOMETEM O IDOSO NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

No processo do envelhecimento, a pele é o órgão que mais demonstra sinais na pessoa idosa, como diminuição de pelos, das glândulas e dos tecidos subcutâneos. Essas são alterações fisiológicas que tornam a pele vulnerável ao ressecamento, à fragilidade e à perda de elasticidade, o que a deixa suscetível a lesões, infecções e pruridos (SAKANO; YOSHITOME, 2007). A integridade de pele prejudicada em idosos com mais de 80 anos ocorre porque os agentes que protegem o organismo estão diminuídos, o que favorece a alguns fatores agressivos lesionar o sistema tegumentar (RESENDE; BACHION; ARAÚJO, 2006).

Dessa forma, a pele é acometida por várias alterações quando se combinam todos esses fatores, a pessoa idosa pode apresentar a micose, que é causada quando há a presença de umidade em contato com a pele. Essa ocorrência acomete principalmente os pacientes hospitalizados, já que, muitas vezes, os alimentos, a urina e até mesmo o suor, ficam acumulados no colchão em que o paciente se encontra deitado e, conseqüentemente, propenso a ter micoses por exposição a agentes bacterianos (LEDUC, 2013).

Em um estudo realizado por Resende, Bachion e Araújo (2006) com 40 idosos de 60 anos ou mais, foi observado que 20 deles apresentavam 100% de alterações na elasticidade da pele. E, com relação à sensibilidade tátil, da dor e do calor, os autores constataram que um deles apresentava 5% de perda dessa sensibilidade. Dessa maneira, quando a pele sofre esses declínios, ela fica ressecada, alteração conhecida como xerose, que é resultado da diminuição das glândulas sudoríparas, a pele fica descamada, o que causa prurido. Nesse caso, deve-se evitar banhos quentes, de longa duração e o uso de sabões. Por outro lado, devem-se usar hidratantes para o corpo e aumentar a ingestão hídrica (LEDUC, 2013).

Outra alteração do sistema tegumentar é a laceração, que está relacionada com a elasticidade do tecido. Essa enfermidade ocorre quando a pessoa idosa fica muito tempo em uma única posição, o que deixa a pele frágil e sem o tecido de sustentação e, como consequência, surge a lesão. Além disso, há a dermatite amoniacal, que ocorre devido ao contato da pele com a diurese, que piora em situações que exigem o uso de fraldas, que acumulam calor e umidade, proporcionando um local adequado para proliferação de bactérias. Por isso, quando a pessoa idosa necessitar usar fralda, esta deve ser mantida sempre seca (LEDUC, 2013).

A fase do envelhecimento favorece o surgimento de lesões, como a úlcera por pressão, que é uma enfermidade que acomete a maioria dos idosos hospitalizados, pois o envelhecimento fisiológico deixa a pele suscetível a esse tipo de lesão. A pele fica frágil, e a barreira que defende o organismo diminui, conseqüentemente aumenta o período para cicatrização da ferida (OLIVEIRA; REIS, 2013).

Diante desse contexto, alguns estudos trazem um percentual de 10% a 20% em idosos que estão acamados, demonstrando uma taxa de óbito de 70%. Sendo que 3% desses idosos apresentam úlcera por pressão de grau III e IV. Essa úlcera é resultado de uma constante pressão por mais de duas

horas em um mesmo local da pele, causando uma isquemia dos vasos sanguíneos nessa área. Ela surge do interior da pele para o exterior, e é classificada do grau I ao IV. No último grau, os músculos, os tendões, os ligamentos e a pele encontram-se necrosados (LEDUC, 2013; MARINI; PIRES, 2013; JENSEN; NYSTUL; SCACHETTI, 2014).

Em estudo realizado com 50 idosos hospitalizados, com 60 anos ou mais, 10 idosos, representando um percentual de 20%, foram acometidos com úlcera por pressão, de grau I e II nas regiões do cóccix e sacral, atingindo também as áreas do cotovelo, calcâneos e trocanteres (LIRA et al., 2013).

Outra alteração relacionada com a fragilidade do tecido capilar, adjunto com a ausência de tecido para proteção dos vasos sanguíneos, é a chamada equimose, (FILHO; SOUZA, 2000; LEDUC, 2013), que surge em decorrência dos traumas na pele e da administração de anticoagulante no paciente idoso (LEDUC, 2013). De acordo com Lira et al. (2013), em um estudo feito com 50 idosos hospitalizados, com 60 anos ou mais, 48% dos idosos apresentaram palidez cutânea, 38% a pele desidratada e 32% as suas extremidades frias. Observou-se, também, que 15 dos idosos, o que equivale a 30%, tinham alguma lesão, sendo uma delas a equimose.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para realização de um plano de cuidados ao paciente idoso com alterações na pele, é de grande importância a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com destaque nos diagnósticos de enfermagem, dando ênfase no cuidado à pessoa idosa, independentemente do local onde ela se encontra hospitalizada. Além disso, é importante ressaltar esse contexto nas disciplinas oferecidas pelos cursos de enfermagem (LOPES et al., 2007).

A enfermagem acompanha o paciente desde quando ele chega para ser internado até sua alta hospitalar. O processo de enfermagem é uma ferramenta assessora para a assistência, constituído por cinco passos: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (GUEDES et al., 2009).

Considera-se que, no decorrer da implementação do processo de enfermagem, o profissional enfermeiro nomeia as intervenções de enfermagem com relação aos resultados previstos, frente aos diagnósticos descobertos (SILVA, 2011).

Malaquias, Bachion e Nakatani (2008) relatam que as intervenções de enfermagem para cuidar da pele são: usar uma fita adesiva que não agrida a pele, propiciar a hidratação apropriada, realizar troca de fralda e atentar-se para a presença de fatores de riscos para o diagnóstico integridade de pele prejudicada, como umidade, desnutrição e anemia.

Segundo Silva (2011), de acordo com o NIC (Nursing International Classification), o cuidado aplicado com a pele para tratamentos tópicos requer o uso de compressas mornas para aliviar o edema. Já com relação aos cuidados com lesões na pele, devem-se aplicar curativos com ácido graxo essencial, papaína, hidrocoloide, alginato, hidrogel, entre outros. No que se refere ao controle de pressão sobre as

áreas do corpo, precisa-se conservar o lençol seco e estirado, preservar proeminências ósseas, realizar mudança de decúbito, deixar a cabeceira do leito elevada e ainda usar colchão pneumático. É importante que os profissionais enfermeiros estejam atualizados quanto às intervenções relacionadas com esse grupo no que tange à prevenção e recuperação de lesões, o que ajuda no cuidado com o tecido tegumentar (RESENDE; BACHION; ARAÚJO, 2006).

CONCLUSÃO

Neste estudo, os principais diagnósticos encontrados com relação à pele foram: risco de integridade de pele prejudicada e integridade da pele prejudicada. E, quando esses diagnósticos são identificados, é de grande importância que o enfermeiro tenha cuidado integral à pessoa idosa, pois, no processo do envelhecimento, essa população passa por diversas alterações cutâneas e diminuição nas funções fisiológicas dos sistemas do corpo.

Dessa forma, para prestar assistência ao paciente, é necessário que o enfermeiro implemente a SAE no âmbito do seu trabalho, com o intuito de atender os pacientes na sua integralidade, atentando para suas necessidades, com o objetivo de prevenir alterações causadas durante a hospitalização. Essa prevenção da integridade cutânea exige conhecimento desse profissional sobre a segurança do paciente, o que envolve critérios específicos baseados em escalas, como a Escala de Braden, que é a que mais se adapta à realidade. Além disso, é preciso que haja comprometimento da equipe quanto ao reposicionamento do paciente a cada duas horas ou menos.

Portanto, deve-se dar ênfase aos cuidados pertinentes ao sistema tegumentar para a prevenção de lesão por pressão em pacientes acamados. Os profissionais de enfermagem devem estar sempre atualizados com relação às intervenções relacionadas à pele para intervir na recuperação da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ACCURSIO, C. S. Alterações de pele na terceira idade. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 58, n. 9, p. 646- 658, 2001.

ARAÚJO, T. de M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4. p. 671-676, 2011.

ARAÚJO, D. D. de; CARVALHO, R. L. R. de; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos hospitalizados. **Invest. educ. enferm.**, v. 32, n. 2, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BOTH, J. E. et al. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 486-495, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **D.O.U.**, Brasília, 13 jul. 2017, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília - DF, n. 19, p. 7-187, 2006.

CARVALHO, D. C.; PAREJA, D. C. T.; MAIA, L. F. S. A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Recien.**, São Paulo, v. 3, n. 8, p. 5-10, 2013.

CRUZ, M. J. G.; MURAI, H. C. Acessibilidade dos idosos na Rede Básica de Saúde. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 10, n. 1, p. 48-52, 2009.

DIAS, K. C. C. O. et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1337-1346, 2014.

FILHO, J. W.; SOUZA, R. R. de. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: FILHO, E. T. C. de; NETTO, M. P. **Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 31-40.

FREITAS, L. D. O. de; WALDMAN, B. F. O processo de envelhecimento da pele do idoso: Diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 16, p. 485-497, 2011.

FREITAS, M. de C.; PEREIRA, R. F.; GUEDES, M. V. C. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza - CE. **Cienc. Cuid. Saude.**, v. 9, n. 3, p. 518-526, 2010.

GOMES, B. E. et al. Sistematizando o conhecimento acerca da prevenção das lesões do tipo skin tears na pele senil. **Rev. Enferm. atual in derme**, Rio de Janeiro, v. 77, p. 77-81, 2016.

GUEDES, H. M. et al. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 249-256, 2009.

JENSEN, B. M. B.; NYSTUL, S. N.; SCACHETTI, G. G. Prevenção da úlcera por pressão por parte do cuidador domiciliar. In: MALAGUTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, Estomia e dermatologia: uma abordagem Multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 227-237.

JUNIOR, J. R. M. L. Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 39, p. 419-432, 2015.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1549-1561.

LIRA, L. N. et al. Histórico de enfermagem para idosos hospitalizados: base para diagnósticos e prescrições. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 8, p. 5198-5206, 2013.

LIRA, L. N et al. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 251-260, 2015.

LOPES, F. L. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Cienc Cuid Saúde.**, v. 6, n. 1, p. 59-67, 2007.

MALAQUIAS, S. G.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizado. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p. 428-436, 2008.

MARINI, M. F. V. de; PIRES, S. L. Úlceras por Pressão. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1562-1578.

MARTINS, S. A. G. **A importância do diagnóstico de enfermagem para o acadêmico**. 2014. 19f. Trabalho Final de Graduação (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás, 2014.

MEDEIRO, A. B. F.; LOPES, C. H. A. de; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. esc. enferm**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 223-228, mar. 2009.

OLIVEIRA, N.; REIS, L. A. dos. Caracterização das úlceras de pressão em idosos hospitalizado. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 2, n. 1, p. 146-156, 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

PEREIRA, M. R. S. Fisiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1043-1359.

RESENDE, D. M. de; BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O. de. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 168-173, 2006.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 495-498, 2007.

SANTOS, A. de S. R. dos. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 141-149, 2008.

SILVA, A. A. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 11-24, 2008.

SILVA, C. F. da R. **Mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem para integridade da pele em idosos hospitalizados**. 2011. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

