

Prevalência de lesões cutâneas em pacientes atendidos pelo programa de internação domiciliar (PID) no município de Santos – SP

Prevalence of skin lesions in patients treated by home care program (HCP) in the city of Santos – SP, Brazil

Débora Cristina Ferrari¹; Mariana Lopes Monteiro²; William Malagutti³; Anderson Sena Barnabe⁴; Renato Ribeiro Nogueira Ferraz⁵

¹Especialista em Enfermagem Dermatológica pela Universidade Gama Filho – UGF. São Paulo, SP – Brasil.

²Gerente Operacional de Home Care de instituição particular – Unisantos, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva – Unisantos. Santos, SP – Brasil.

³Enfermeiro – UMC/SP, Especialista em Administração Hospitalar – IPH/SP, Especialista em Educação em Enfermagem – ENSP. São Paulo, SP – Brasil.

⁴Biólogo, Mestre e Doutor em Saúde Pública – FSP, Docente da Disciplina de Epidemiologia do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública – Uninove, Pesquisador do Nescof/Uninove. São Paulo, SP – Brasil.

⁵Bacharel e Licenciado em Ciências Biológicas – UniABC, Mestre e Doutor em Nefrologia – Ciências Básicas – Unifesp, Docente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública – Uninove e Professor de Metodologia no curso de Enfermagem Dermatológica – UGF. São Paulo, SP – Brasil

Endereço para correspondência

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz
Av. Pedro Mendes, 872 – Parque Selecta
09791-530 – São Bernardo do Campo – SP [Brasil]
renato@nefro.epm.br

Resumo

Objetivos: Neste artigo, objetiva-se verificar a prevalência de lesões cutâneas em pacientes atendidos pelo PID na cidade de Santos (SP), em 2009. **Método:** Identificamos uma prevalência de lesões em 37,8% dos pacientes admitidos, com predomínio do sexo feminino, e faixa etária acima de 65 anos. **Resultados:** Destacaram-se as úlceras por pressão e vasculogênicas, amputações, pé-diabético, erisipela dentre outras. O tempo médio de permanência sob observação foi 90 dias. **Conclusões:** Concluiu-se que as lesões acometem grande parte da população atendida e merecem especial atenção. Ainda são necessários estudos para avaliar individualmente as ações pertinentes a este grupo, no sentido de prevenir e recuperar as lesões, contribuindo assim para a manutenção do estado geral de saúde.

Descritores: Lesões cutâneas; Prevalência; Programa de atenção domiciliar; Atendimentos.

Abstract

Objectives: In the present paper, the main purpose is to verify the prevalence of skin lesions in patients treated by the HCP in Santos (São Paulo State, Brazil), in 2009. **Method:** A prevalence of lesions in 37.8% of the patients admitted, who were predominantly female and aged over 65 years, was found. **Results:** The pressure and vasculogenic ulcers, amputations, diabetic foot, erysipelas, among others can be emphasized. The average permanence time under observation resulted in 90 days. **Conclusions:** It was concluded that the injuries still affect a big part of the attended population and deserve special attention. More studies are necessary to evaluate, in an individual manner, the actions relevant to this group, in order to prevent and recover the injuries; thus, contributing to the maintenance of the general health state.

Key words: Skin lesions; Prevalence; Home Care Program; Patient care.

Introdução

A pele é o maior órgão do corpo, indispensável à vida humana e fundamental para a homeostasia do organismo. Ela reflete condições físicas e psicológicas, idade, diferenças étnicas e culturais. Suas funções incluem proteção, termorregulação, excreção de água e eletrólitos e percepção sensitiva, além de representar a imagem corporal. É formada pela epiderme e pela derme, possuindo um extenso panículo adiposo subjacente, também denominado hipoderme. Como qualquer outro órgão, está sujeita a agressões oriundas de fatores intrínsecos e extrínsecos, em situações múltiplas que o ser humano está exposto durante toda sua vida, e que podem levar a incapacidade funcional¹⁻³.

No Brasil, observa-se que as feridas acometem a população de uma forma geral, independentemente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade cutânea²⁻⁴. Nesse contexto, observam-se as chamadas feridas complexas como, por exemplo, as úlceras por pressão, “pé diabético”, úlceras venosas crônicas, entre outras feridas crônicas e de difícil tratamento⁵.

A grande prevalência dessas lesões em indivíduos tratados nas instituições hospitalares representa enormes gastos, piora da qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares, aumento do tempo de internação e aumento da morbimortalidade dos indivíduos acometidos, constituindo-se num importante problema de saúde pública^{6,7}.

A assistência domiciliar tem seus primeiros relatos no século XVII, nos EUA, sendo a pioneira no atendimento domiciliar, estendendo-se até a Europa nos séculos seguintes onde o sistema de saúde pública aderiu à modalidade devido ao envelhecimento da população, elevação dos custos e novas políticas em cuidados à saúde. No Brasil, as atividades em domicílio iniciaram-se no século XIX, na cidade do Rio de Janeiro, mas a valorização do serviço veio somente na década de 90, com a adesão de unidades públicas e privadas a essa nova modalidade⁸.

Segundo Fabrício (2004)⁹, os motivos da implantação da assistência domiciliar no sistema de saúde europeu foram fatores, como o envelhecimento da população, aumento dos custos e novas políticas em cuidados à saúde.

Duarte e colaboradores (2000)¹⁰ apontam mudanças no perfil epidemiológico, com um envelhecimento cada vez mais acentuado da população, no qual se evidencia um aumento de doenças crônicas degenerativas, individualização e humanização da assistência à saúde, estímulo a uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto, além da promoção da educação em saúde.

Dessa forma, os potenciais benefícios com o atendimento domiciliar seriam a diminuição de reinternações e dos custos hospitalares, menor risco de adquirir infecções hospitalares, e melhora da qualidade de vida, já que o paciente estará no seu ambiente normal e não sujeito ao estresse do ambiente hospitalar^{11, 12}.

O Ministério da Saúde define internação domiciliar como o conjunto de atividades prestadas em domicílio às pessoas clinicamente estáveis e que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, por equipe treinada para esse fim¹³.

Na cidade de Santos (SP), o Programa de Internação Domiciliar (PID) foi implantado em março de 1992 pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal. Seus objetivos se resumem em diminuir a carência de leitos hospitalares, reduzir o custo assistencial, proporcionar assistência humanizada e integral, resgatando a relação entre equipe de saúde, família e usuário. Uma de suas importantes ações é o tratamento de feridas¹⁴.

Frente ao exposto, propusemos a realização deste estudo para verificar a prevalência de lesões cutâneas em pacientes atendidos pelo PID, na cidade de Santos (SP), no ano de 2007, com o intuito de que as informações coletadas possam contribuir para a criação de ferramentas de avaliação da eficácia desse programa no tangente à redução de custos, otimização do tra-

balho, sistematização do atendimento e melhora da qualidade de vida dos indivíduos atendidos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que envolveu prontuários de pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar da cidade de Santos (SP), nas suas três áreas de atuação: orla, centro e zona noroeste.

A investigação de prontuários foi realizada no mês de agosto, de 2009, e ocorreu por meio da análise dos arquivos do serviço, avaliando pacientes atendidos no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2007, com o intuito de quantificar os tipos de lesões que mais os acometeram no período descrito.

O levantamento e utilização dos dados foram autorizados pelo serviço avaliado, todavia sem a divulgação de quaisquer informações que pudessem identificar os indivíduos ou a entidade em que o trabalho foi realizado. Esta pesquisa foi registrada no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o nº 290589, estando de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos seus aspectos éticos e legais. Os dados foram apresentados de forma descritiva em valores absolutos e relativos, e em média \pm desvio-padrão (idade).

Resultados

No período estudado, foram admitidos 492 pacientes, sendo 226 (46%) do sexo masculino, e 266 (54%), do sexo feminino, com idade média de 71 ± 17 anos.

Do total, foram observadas as seguintes prevalências com respeito aos motivos de admissão: 23,8% (117 indivíduos), sequela de AVE (acidente vascular encefálico); 11,4% (56), diabetes *mellitus* (DM); 10,6% (52), pós-operatório de fraturas ou amputação; 10,6% (52), neoplasias; 3,9% (19), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 3,7%

(18), úlceras arteriais ou venosas; 3% (15), hipertensão arterial sistêmica (HAS); 2,6% (13), úlceras por pressão; 2,6% (13), doença de Alzheimer; 2,2% (11), senilidade; 1,6% (8), insuficiência vascular; 1,6% (8), TCE (trauma crânio encefálico); 1,6% (8), doença de Parkinson, e outros 4,4% (22) entre erisipela, pé diabético, infecção do trato urinário (ITU) e anemia. Os 16,3% (80 indivíduos) restantes apresentaram outras patologias diversas encontradas em menor número.

Os pacientes foram agrupados de acordo com a região da cidade onde residiam, sendo essas regiões: orla (O), centro (C) e zona noroeste (Z). Em relação a sua distribuição quanto ao sexo, residiam na orla: 91 pacientes do sexo masculino (43,7%), e 117, do feminino (56,3%); no centro, 68 do masculino (45,7%), e 81, do feminino (54,3%), e na zona noroeste, 67 do masculino (49,6%), e 68, do feminino (50,4%). Referente à faixa etária, observou-se que até 40 anos, 12 indivíduos (2,4%) eram da Orla; 10 (2%), do centro, e 7 (1,4%), da zona noroeste. Entre 41 e 60 anos, 34 pacientes (6,9%) eram da orla; 26 (5,3%), do centro, e 29 (5,9%), da zona noroeste. De 61 a 80 anos, 93 indivíduos (18,9%) pertenciam à orla; 71 (14,4%), ao centro, e 61 (12,4%), à zona noroeste. Com mais de 81 anos, 69 participantes (14%) eram da orla; 42 (8,5%), do centro, e 38 (7,7%), da zona noroeste. Com respeito ao tempo de permanência na unidade, notou-se que até 30 dias, 95 pacientes (19,3%) eram da orla; 56 (11,4%), do centro, e 31 (6,3%), da zona noroeste. De 31 a 60 dias, 52 (10,6%) eram da orla; 22 (4,5%), do centro, e 26 (5,3%), da zona noroeste. De 61 a 90 dias, 31 (6,3%) eram da orla; 21 (4,3%), do centro, e 32 (6,5%), da zona noroeste. Por mais de 90 dias, 42 indivíduos (8,5%) pertenciam à orla; 55 (11,2%), ao centro, e 50 (10,2%), à zona noroeste.

Em nossa amostra populacional, registrou-se a presença de 186 indivíduos (37,8%) que iniciaram os cuidados, ou mesmo deram continuação ao tratamento de feridas anteriormente. Destes, 81 eram do sexo masculino (43,5%) e 105 do feminino (56,5%), com idade média de $69,9 \pm 17,4$, sendo acometidos por úlceras arteriais ou venosas, úlceras por pressão, erisipela, pé dia-

bético, entre outras, além daqueles que foram acompanhados no período pós-operatório de fraturas ou amputação.

Os dados individuais dos pacientes, com respeito às lesões em destaque, sexo, idade e região de residência, são mostrados na Tabela 1.

Os diagnósticos secundários em relação ao motivo de internação podem ser observados na Tabela 2.

O tempo de permanência sob observação, agrupado pelo motivo de admissão, é demonstrado na Tabela 3.

Tabela 1: Dados individuais de pacientes admitidos para tratamento de feridas no período de janeiro a dezembro de 2007, agrupados de acordo com o diagnóstico inicial. Santos, SP

Diagnóstico inicial	Número de pacientes	Sexo*	Idade (anos)	Região**
Úlcera por pressão	67 (36%)	39F /28M	76 ±15	22C/29O/16Z
Úlceras	43 (23,1%)	32F /11M	74 ±11	8C/25O/10Z
PO Fraturas	30 (16,1%)	15F /15M	64 ±21	6C/15O/9Z
Amputação	16 (8,6%)	4F /12M	69 ±8	3C/9O/4Z
Pé diabético	11 (5,9%)	4F /7M	62 ±25	2C/4O/5Z
Politrauma	5 (2,7%)	2F /3M	49 ±31	1C/2O/2Z
Erisipela	4 (2,2%)	3F /1M	73 ±13	3O/1Z
Queimadura	3 (1,6%)	2F /1M	52 ±39	2O/1Z
Lesão Tumoral	1 (0,5%)	M	54	O
Herpes Zoster	1 (0,5%)	F	83	O
Pênfigo	1 (0,5%)	F	86	O
Abscesso MID	1 (0,5%)	F	53	Z
Esmagamento da perna	1 (0,5%)	M	36	Z
Ferimento por arma de fogo	1 (0,5%)	M	20	C
Fístula	1 (0,5%)	F	81	O
Total	186 (100%)	105F/81M	69,92±17,4	43C/93O/50Z

*F= feminino, M= masculino; **C= Centro, O= Orla, Z= Zona Noroeste.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico secundário agrupado por motivo de admissão. Santos, SP, 2007.

Diag. Inicial*	Diagnóstico secundário						
	HAS	DM	AVC	Alzheimer	Senilidade	DPOC	Outros**
Úlcera por pressão	5(7,5%)	7(10,4%)	17(25,4%)	6(9%)	5(7,5%)	2(3%)	15(22,4%)
Úlceras	9(20,9%)	8(18,6%)	3(7%)	1(2,3%)	-	1(2,3%)	7(16,3%)
PO Fraturas	4(13,3%)	2(6,7%)	-	-	-	1(3,3%)	5(16,7%)
Amputação	1(6,3%)	10(62,5%)	1(6,3%)	-	-	-	-
Pé diabético	1(9,1%)	11(100%)	-	-	-	-	2(18,2%)
Politrauma	1(20%)	-	-	-	-	-	2(40%)
Erisipela	1(25%)	3(75%)	-	-	-	-	-
Total	22(16,8%)	41(31,3%)	21(16%)	7(5,3%)	5(3,8%)	4(3,1%)	31(23,7%)

*excluídos 15 pacientes por não terem diagnóstico secundário; **IRC, fratura, neoplasia, paraplegia, ITU, TRM, TCE, parkinson, úlcera, amputação, osteomielite, cardiopatia, encefalopatia, artrite, artrose, etilismo

Tabela 3: Tempo de permanência de pacientes no PID agrupados pelo motivo de admissão. Santos, SP, 2007

Diagnóstico inicial	Tempo de permanência			
	Até 30 dias	De 31 a 60 dias	De 61 a 90 dias	+ de 90 dias
Úlcera por pressão	14 (20,9%)	6 (9%)	10 (14,9%)	37 (55,2%)
Úlceras	2 (4,7%)	9 (20,9%)	3 (7%)	29 (67,4%)
PO Fraturas	6 (20%)	7 (23,3%)	5 (16,7%)	12 (40%)
Amputação	3 (18,8%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)	10 (62,5%)
Pé diabético	1 (9,1%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	7 (63,6%)
Politrauma	-	-	-	5 (100%)
Erisipela	1 (25%)	1 (25%)	-	2 (50%)
Queimadura	-	2 (66,7%)	-	1 (33,3%)
Lesão Tumoral	-	1 (100%)	-	-
Herpes Zoster	-	1 (100%)	-	-
Pênfigo	1 (100%)	-	-	-
Abscesso MID	1 (100%)	-	-	-
Esmagamento da perna	-	-	-	1 (100%)
Ferimento por arma de fogo	-	-	-	1 (100%)
Fístula	-	1 (100%)	-	-
Total	29 (15,6%)	31 (16,6%)	21 (11,3%)	105 (56,5%)

Discussão

Atualmente, no Brasil, existem poucos dados na literatura com respeito à prevalência dos principais tipos de lesões, particularmente as cutâneas. As feridas constituem um sério problema de saúde pública, em razão do grande número de doentes com alterações na integridade da pele, embora, como dito, sejam escassos os registros desses atendimentos¹⁵.

Neste trabalho, pode-se notar que os principais tipos de lesões encontrados acometiam a população idosa (acima de 65 anos), e em sua maioria, do sexo feminino. A idade avançada é acompanhada de alterações no turgor da pele e diminuição da função imunológica. No grupo estudado, estes fatores são importantes colaboradores para a perda da integridade da pele¹.

Dos tipos de lesões encontrados, houve a prevalência das úlceras por pressão, na região da orla, no sexo feminino, e com média de idade avançada (acima de 76 anos). Ainda, neste tipo

de lesão, as principais doenças pré-existentes encontradas foram AVE, DM, HAS e doença de Alzheimer. As úlceras por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos. As UP prolongam o tratamento, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações. Quanto a sua etiologia, destacam-se a idade elevada, estado nutricional, doenças crônicas e cardiovasculares, além de redução da mobilidade^{3, 5, 16}. Referente ao gênero, não foram encontrados na literatura trabalhos que relacionassem esse fator com uma maior prevalência das úlceras de pressão.

Em relação às úlceras vasculogênicas, resultados com respeito à prevalência, gênero acometido, idade de acometimento e tempo de permanência sob observação foram semelhantes aos observados na presença de UP. Os diagnósticos secundários mais expressivos, assim como nas UP, foram HAS e DM. Segundo Gamba (2005)¹⁷ e Carmo (2007)¹⁸, as úlceras têm-se tornado um im-

portante problema de saúde em nosso meio. Um dos aspectos que merece consideração especial e que contribui para a explicação desse fenômeno é o envelhecimento populacional, em que há um predomínio das doenças crônicas e não transmissíveis. Com o avanço da idade, observa-se uma maior frequência de tais doenças no sexo feminino. Isso provoca um impacto econômico na área da saúde, com muitas implicações causadas pelo aumento de indivíduos dependentes dos serviços de saúde, com prolongado tempo de hospitalização e com limitações físicas e emocionais.

Com relação aos pós-operatórios (PO) de fraturas e de amputações, avaliando-se a localização geográfica dos afetados, notou-se que ocorrem com maior frequência na região da orla, acometendo de maneira semelhante homens e mulheres idosos, situação esta semelhante aos demais tipos de lesões observados, provavelmente pelo fato dessa região ser a área de maior abrangência da cidade. O tempo de permanência sob observação foi acima de 90 dias em 40% dos casos de PO Fraturas, e 62,5%, de amputações. Os diagnósticos secundários mais expressivos observados em PO de fraturas e nas amputações foram, assim como nos outros tipos de lesões, o DM e HAS. Ochoa-Vigo (2005)¹⁹ revelaram que 50% das amputações não traumáticas de membros inferiores são atribuídas ao DM e o risco de amputação é 15 vezes maior no DM do que na população em geral. Muitas dessas amputações têm como denominador comum uma história de úlcera que evolui para infecção, cujo recurso terapêutico era a amputação²⁰. Quanto ao PO de fraturas, a maioria encontrada foi a de quadril e fêmur. Esse tipo de fratura representa perda significativa da capacidade funcional. Cerca de metade dos idosos torna-se incapaz de deambular e um quarto necessita de cuidado domiciliar prolongado. O tratamento da maior parte dessas fraturas é cirúrgico. Muniz (2007)²¹ aponta que a média de idade nesse tipo de fratura é de 78,6 anos. Em relação ao gênero, foi observada mais incidência no sexo feminino. Isso pode ser explicado em razão das mulheres apresentarem maior prevalência de doenças crônicas e de exposição a atividades

domésticas, e uma menor quantidade de massa magra e de força muscular, quando comparadas aos homens da mesma idade.

Com relação às lesões conhecidas como pé diabético, notou-se prevalência em indivíduos do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, moradores zona noroeste, que permaneceram sob observação por um período de três meses em mais da metade dos casos. Por definição, pé diabético é a infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores²². As hospitalizações causadas por pé diabético geralmente são prolongadas e recorrentes, exigindo grande número de consultas ambulatoriais e necessidade de cuidado domiciliar. No Brasil, a média do tempo de cicatrização é em torno de 90 dias¹⁹. A média de idade encontrada por Vieira-Santos (2008)²², num estudo realizado em Pernambuco, foi 63 anos, com predomínio do sexo masculino, semelhantes aos dados encontrados no atual trabalho.

A maior parte dos indivíduos politraumatizados era do sexo masculino, moradores predominantemente da orla e da zona noroeste, com média de idade de 50 anos e tempo de observação semelhante aos outros tipos de lesão identificados. Os politraumatizados são difíceis de diagnosticar e tratar. Apresentam risco de morte elevado, sendo fundamental o diagnóstico e tratamento rápidos. Nossos dados corroboram os achados de Jove-Gonzalez (2000)²³, que em seus estudos observaram que a idade média dos pacientes politraumatizados atendidos foi 48,4 anos, sendo 58,7% do sexo masculino. O tempo médio de permanência no hospital, nesses casos, foi 32 dias.

Em relação à erisipela, notou-se predomínio de acometimento em mulheres idosas, em sua maioria residentes na região da orla. Os diagnósticos secundários predominantes foram HAS e DM, com tempo de observação de três meses em mais da metade dos casos. A erisipela é uma infecção cutânea aguda de etiologia essencialmente estreptocócica, por vezes recidivante. Sugere-se que o sexo feminino é o mais

atingido, por essa patologia que afeta, sobretudo, mulheres entre 40 e 60 anos. A obesidade é considerada um fator de predisposição. Suas complicações incluem abscessos e ou necrose, TVP, bacteremia, septicemia, descompensação de doença crônica e morte²⁴.

Quanto às queimaduras, notou-se maior prevalência em mulheres com idade média de 50 anos, também moradoras em sua maioria na região da orla. O tempo de observação nesses casos foi menor, durando de um a dois meses. As queimaduras constituem uma importante causa de morbimortalidade. Seu tratamento gera um custo elevado, além de marcarem as vítimas para o resto de suas vidas. Num estudo feito em Fortaleza (CE), notou-se que 52,7% eram do sexo feminino e a idade média dos pacientes internados foi de 21,1 anos²⁵, corroborando nossos dados quanto à predominância pelo gênero feminino, mas discordando em relação à idade média dos indivíduos acometidos.

Verificou-se a existência de outros tipos de lesões, tais como lesão tumoral, herpes zoster, pênfigo, abscesso MID, esmagamento de perna, ferimento com arma de fogo e fístula, que apareceram como casos isolados, tendo seu tempo de permanência variado de um a três meses de observação.

Apesar dos avanços na compreensão dos processos e fenômenos que envolvem as lesões, e mesmo com o desenvolvimento de recursos e tecnologia para a reparação tissular, a incidência e prevalência das lesões, principalmente as úlceras crônicas, é extremamente alta, repercutindo em elevados custos financeiros, prolongando tempo de tratamento e gerando profundas consequências na qualidade de vida dos portadores, além de sequelas que podem afetar suas funções, afastá-los do trabalho e de suas atividades normais²⁶.

Conclusão

Neste trabalho, foi possível quantificar a prevalência de lesões nos pacientes admitidos

no PID no ano de 2007, identificando as úlceras de pressão e vasculogênicas, PO de fraturas e amputações, pé diabético, politrauma, erisipela, queimaduras, além de casos isolados de lesão tumoral, herpes zoster, pênfigo, abscesso MID, esmagamento de perna, ferimento com arma de fogo e fístula como motivos relevantes de admissão dos portadores nesse programa. Os principais diagnósticos secundários encontrados foram DM e HAS, e o tempo de permanência médio sob observação girou em torno de três meses. No geral, observou-se predomínio no atendimento de mulheres idosas.

Acredita-se que, mediante esses achados, programas com foco na sistematização do atendimento às lesões mais prevalentes em cada região deverão ser discutidos com o intuito de reduzir o tempo de permanência sob observação, diminuindo consequentemente os custos e o dispêndio de tempo, e proporcionando melhor qualidade de vida ao indivíduo atendido.

Referências

1. Resende DM, Bachion MM, Araújo LA. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Acta Paulista de Enferm.* 2005;19(2):168-73.
2. Peruzzo AB, Negeliskii C, Antunes MC, Coelho RP, Tamontini SJ. Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele. *Revista Técnico Científica do Grupo Hospitalar Conceição.* 2005; 8(2):56-9.
3. Blanes L, Duarte IV, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):182-7.
4. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(1):98-105.
5. Ferreira MC, Júnior PT, Carvalho VF, Kamamoto F. Complex Wounds. *Clinics.* 2006;61(6):571-8.
6. Louro M, Ferreira M, Pova P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(3):337-41.

7. Moro A, Maurici A, Do Valle JB, Zaclikevis VR, Junior HK. Avaliação dos pacientes portadores de lesões por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(4):300-4.
8. Icko C. Organização de serviço de assistência domiciliária de enfermagem. [dissertação de mestrado em enfermagem]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1991. 147 p.
9. Fabrício SC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista. *Revista Latino-Americano de Enferm.* 2004;12(5):721-6.
10. Duarte YA, Diogo MJ. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. In Duarte YA, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-17.
11. Bem LW. Serviço de atendimento de enfermagem residencial. In Duarte YA, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000. p. 575-82.
12. Monteiro CP, Monteiro JL. Internação domiciliária. In Duarte YA, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000. p. 583-7.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529, de 19/10/2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF.*
14. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2004;39(3):391-7.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas, Brasília, DF; 2002.*
16. Carvalho LS, Ferreira SC, Silva CA, Santos ACPO, Regebe CMC. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2007;31(1):77-89.
17. Gamba MA, Yamada BF. Úlceras Vasculogênicas. In Jorge AS, Dantas SR. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.* São Paulo: Atheneu; 2005. p. 239-40.
18. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007;9(2):506-17.
19. Ochoa-Vigo K, Pace AE. Pé diabético: estratégia para prevenção. *Acta Paulista de Enferm.* 2005;18(1):100-9.
20. Parisi MC. Úlceras no pé diabético. In Jorge AS, Dantas SR. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.* São Paulo: Atheneu; 2005. p. 279-86.
21. Muniz CF, Arnaut AC, Yoshida M, Trelha CS. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. *Revista Espaço para a Saúde.* 2007;8(2):33-8.
22. Vieira-Santos IC, Souza WV, Carvalho EF, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. *Caderno de Saúde Pública.* 2008; 24(12):2861-70.
23. Jove-González C, Corominas MS, Calleja TC, Miranda BG, Somoano PM, Diez FG. Politraumatizados atendidos en un servicio de urgencias. *Aproximación epidemiológica. Emergencias.* 2000;12:156-62.
24. Caetano M, Amorim I. Erisipela. *Acta Med Port.* 2005;18:385-94.
25. Barreto MG, Bellaguarda EAL, Burlamaqui MPM, Barreto RP, Oliveira PRT, Júnior EML. Estudo epidemiológico de pacientes queimados em Fortaleza, Ceará: revisão de 1997 a 2001. *Revista de Pediatria.* 2008;9(1):23-9.
26. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - parte I. *Anais Brasileiro de Dermatologia.* 2003;78.