

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**VANESSA FOLADOR**

**LESÕES POR PRESSÃO EM USUÁRIOS ADMITIDOS EM UM SERVIÇO DE  
ATENÇÃO DOMICILIAR**

**Porto Alegre  
2016**

**VANESSA FOLADOR**

**LESÕES POR PRESSÃO EM USUÁRIOS ADMITIDOS EM UM SERVIÇO DE  
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obter a aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

**Porto Alegre  
2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Egídio Folador e Marilde Antonia Folador, que me incentivaram a nunca desistir do desejo de ser enfermeira. Parte desse diploma devo a vocês, que estiveram ao meu lado em todas as conquistas da minha vida profissional. Sei do orgulho que sentem pelo fato de ser a primeira da família a terminar a faculdade. Espero que logo venha o segundo, deixo como encarregado meu irmão, afinal eu dei o exemplo como irmã mais velha. Agora é contigo Maurício Folador.

Obrigada ao meu companheiro, Matheus Braga de Lima, por não deixar que eu desistisse quando achei que o cansaço havia tomado conta do meu corpo, afinal trabalhar e estudar não foi fácil. Agradeço por ficar ao meu lado mesmo nos dias em que eu estava irritada e apreensiva e também pelos momentos que compartilhamos saberes. Posso lhe afirmar que eu aprendi muito com seu jeito carismático de liderar uma equipe. Parabéns pela conquista do seu título de enfermeiro, podes não saber ainda mas nasceste para cuidar.

A todos os meus colegas, técnicos de enfermagem do 4B do Hospital Cristo Redentor, por me aturarem nos momentos de tensão pré-prova, por me ajudarem nas muitas vezes que cheguei exausta para trabalhar e vocês me animavam dizendo sempre que quatro anos e meio passariam rapidamente. Também aos colegas da UTI deste hospital, que me ensinaram a gostar do intensivismo. Vocês são exemplos de que um técnico de enfermagem pode sim ser interessado e preocupado com o cuidado do usuário. Às enfermeiras que me oportunizaram trocar de turno “milhões” de vezes para concluir a faculdade, principalmente à Enf.<sup>a</sup> Lucinha, que me ajudou sempre que precisei.

Agradeço às queridas amigas que conquistei durante a faculdade, Stéffani Ferro, Thiago Blodorn, Meryanne Peres, Priscilla Saldanha e Bibiana Damm. Cada um deixou um pouco de si em mim. Desejo muito sucesso a todos nós, “meu eterno grupinho”.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lisiane Paskulin, por me proporcionar a experiência com pesquisa científica, ao menos no último semestre da faculdade, e por estar sempre disponível para me ajudar com muito carinho. És meu exemplo como pessoa e profissional.

À Mestre Diani Machado, que me ensinou muito sobre pesquisa quantitativa e viabilizou este TCC mediante utilização do seu banco de dados. Você fechou com chave de ouro minha lista de profissionais que admiro.

Por fim agradeço a todos os grandes profissionais, em especial aos da UBS Santa Cecília e Hemodiálise do Hospital de Clínicas por contribuírem para meu aprendizado.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”*  
*Carl Jung*

FOLADOR, V. **Lesão por pressão em usuários admitidos em um serviço de atenção domiciliar**. 2016. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

## RESUMO

**Introdução:** A prevalência e as características de Lesões por Pressão (LPs) de usuários atendidos no domicílio no Brasil ainda não são totalmente conhecidas. **Objetivos:** Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e clínico de usuários com lesão por pressão admitidos em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e identificar as características das LPs dos mesmos. **Métodos:** Estudo transversal com 51 usuários adultos com LP em estágios 2, 3, 4 e inclassificável admitidos no SAD do Grupo Hospitalar Conceição. Os dados foram analisados por estatística descritiva. O projeto seminal foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 965082 e nº 15026). **Resultados:** A idade média foi de 60,27 anos ( $\pm 20,84$ ) e 54,9% eram mulheres. Do total de participantes, 31,4% eram viúvos, 31,4% casados, 68,6% eram aposentados/pensionistas, e a mediana de estudo foi de 5 anos (Percentis 25 - 75: 4 - 8). O acidente vascular encefálico e a própria LP foram as principais patologias de base para admissão no SAD. Identificaram-se 130 LPs, variando de 1 a 9 lesões por usuário. A mediana do tempo de existência das LPs na admissão foi de 35,5 dias (Percentil 25 - 75: 24,5 - 66). A localização mais frequente das mesmas foi a região sacral (46,2%) e o estadiamento mais comum foi o estágio 2 (40,0%). A planimetria apresentou mediana de 9,75 cm<sup>2</sup> (Percentis 25 - 75: 3 - 29, 12) e 103 LPs (79,2%) não apresentaram profundidade superior a 0 cm. A mediana do escore da *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) foi de 11 pontos (Percentis 25 - 75: 8 - 14). As subescalas demonstram a área de lesão de 7 cm<sup>2</sup> (Percentis 25 - 75: 2 - 18,5), prevalência de quantidade pequena de exsudato e tecido de granulação. **Conclusão:** Medidas de prevenção, acompanhamento e tratamento devem ser implementadas na rede de atenção domiciliar à saúde.

**Palavras-chave:** Úlcera por pressão. Enfermagem. Assistência domiciliar.

FOLADOR, V. **Pressure ulcer in patients admitted in a homecare service.** 2016. 73 p. Term Paper (Nursing Program) – College of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

### ***ABSTRACT***

**Introduction:** The prevalence and characteristics of Pressure Ulcers (PUs) of patients receiving public homecare services in Brazil are not yet fully understood. **Objectives:** The objectives were to describe the demographic, socioeconomic and clinical profile of patients with pressure ulcers admitted to a Homecare Service (HS) and to identify the characteristics of their PUs. **Methods:** A cross-sectional study was performed with 51 adult patients with stage 2, 3, 4 and unclassifiable PUs who were admitted to the HS of the Grupo Hospitalar Conceição. Data were analyzed by descriptive statistics. The seminal project was approved by the Research and Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (n. 965082 and n. 15026). **Results:** The mean age was 60.27 years ( $\pm$  20.84) and 54.9% were women. Of the total number of participants, 31.4% were widowers, 31.4% were married, 68.6% were retired/pensioner and the median of years of education was 5 years (Percentiles 25 - 75: 4 - 8). Stroke and PU were the main underlying pathologies for admission to HS. We identified 130 PUs, ranging from 1 to 9 lesions per user. The median duration of PUs at admission was 35.5 days (Percentiles 25 - 75: 24.5 - 66). The most frequent location was the sacral region (46.2%) and the most common stage was stage 2 (40.0%). The planimetry revealed a median of 9.75 cm<sup>2</sup> (Percentiles 25 - 75: 3 - 29.12) and 103 PUs (79.2%) did not present depth greater than 0 cm. The median score in the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) was 11 points (Percentiles 25 - 75: 8 - 14). The subscales showed the lesion area of 7 cm<sup>2</sup> (Percentiles 25 - 75: 2 - 18.5), prevalence of small amount of exudate and granulation tissue. **Conclusion:** Preventive, follow-up and treatment measures should be implemented in the homecare system.

**Keywords:** Pressure ulcer. Nursing. Home Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |   |
|-------------|---|
| AD          | Atenção Domiciliar  |
| AGE         | Ácidos Graxos Essenciais  |
| AGHO        | Ácidos Graxos Hiperóxigenados   |
| AIH         | Autorização para Internação Hospitalar  |
| ANTADIR     | <i>Association Nationale Pour Les Traitements à Domicile, Les Innovations et La Recherche</i> |
| ANVISA      | Agência Nacional de Vigilância Sanitária  |
| AVE         | Acidente Vascular Encefálico  |
| CEP         | Comitê de Ética em Pesquisa   |
| CID10       | Código Internacional de Doenças   |
| COMPESQ/ENF | Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul     |
| DCNT        | Doença Crônica Não Transmissível  |
| DM          | Diabetes Mellitus   |
| DNISP       | Departamento Nacional de Saúde Pública  |
| EMAD        | Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar  |
| EMAP        | Equipe Multiprofissional de Apoio   |
| EPUAP       | <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>   |
| ESF         | Estratégia de Saúde da Família  |
| EUA         | Estados Unidos da América   |
| FNS         | Fundo Nacional de Saúde   |
| GHC         | Grupo Hospitalar Conceição  |
| HIV         | Vírus da Imunodeficiência Humana  |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística   |
| ILPI        | Instituição de Longa Permanência para Idosos  |
| IMC         | Índice de Massa Corporal  |
| LP          | Lesão por Pressão   |
| MS          | Ministério da Saúde   |
| NANDA       | <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>   |
| NASF        | Núcleos de Apoio à Saúde da Família   |
| NIC         | <i>Nursing Interventions Classification</i>   |
| NPT         | Nutrição Parenteral Total   |

|        |  |
|--------|--|
| NPUAP  | <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>        |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                         |
| pH     | Potencial Hidrogeniônico                             |
| PPPIA  | <i>Pan Pacific Pressure Injury Alliance</i>          |
| PSST   | <i>Pressure Sore Status Tool</i>                     |
| PUSH   | <i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i>              |
| RAS    | Rede de Atenção à Saúde                              |
| SAD    | Serviço de Atenção Domiciliar                        |
| SAMDU  | Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência |
| SIDA   | Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida        |
| SOBEST | Associação Brasileira de Estomaterapia               |
| SPSS   | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>   |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                               |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido           |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                              |
| UPA    | Unidade de Pronto Atendimento                        |
| VD     | Visita Domiciliar                                    |
| WHO    | <i>World Health Organization</i>                     |



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 10 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....   | 13 |
| <b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....   | 14 |
| 3.1 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL....  | 14 |
| 3.1.1 <b>Atenção domiciliar no mundo</b> .....   | 14 |
| 3.1.2 <b>Atenção domiciliar no Brasil</b> .....  | 15 |
| 3.2 LESÃO POR PRESSÃO .....  | 18 |
| 3.2.1 <b>Lesão por pressão: conceito e etiologia</b> .....   | 18 |
| 3.2.2 <b>Classificação das lesões por pressão</b> .....  | 21 |
| 3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM LESÃO POR PRESSÃO .....  | 22 |
| 3.3.1 <b>Prevenção de lesão por pressão em atenção domiciliar</b> .....  | 23 |
| 3.3.2 <b>Escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesão por pressão</b> .....                                    | 24 |
| 3.3.3 <b>Avaliação das lesões por pressão</b> .....  | 25 |
| 3.3.4 <b>Cuidados com as lesões por pressão em atenção domiciliar</b> .....  | 27 |
| <b>4 MÉTODOS</b> .....   | 30 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO.....  | 30 |
| 4.2 CAMPO DE ESTUDO.....   | 30 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....  | 31 |
| 4.4 COLETA DOS DADOS.....  | 31 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 33 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 33 |
| <b>5 REFERÊNCIAS</b> .....   | 34 |
| <b>6 ARTIGO</b> .....  | 41 |
| <b>APÊNDICE</b> .....  | 59 |
| APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados.....   | 59 |
| <b>ANEXOS</b> .....  | 61 |
| ANEXO A – Escala de Braden.....  | 61 |
| ANEXO B – Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH).....   | 62 |
| ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido para usuário ou responsável.....   | 63 |
| ANEXO D – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul..... | 64 |
| ANEXO E – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) .....     | 69 |

|   |    |
|---|----|
| ANEXO F – Carta de autorização de utilização dos dados .....  | 70 |
| ANEXO G – Aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ENF) ..... | 71 |
| ANEXO H – Normas para submissão de artigos à Revista Gaúcha de Enfermagem .....   | 72 |

## 1 INTRODUÇÃO

A expectativa de vida mundial para ambos os sexos passou de 65,3 anos em 1990 para 71,5 anos em 2013. Em 2030, é previsto que as mulheres vivam, em média, até os 85,3 anos e os homens, até os 78,1 anos (MOHSEN, 2014). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida, no Brasil, em 1980 era de 62,6 anos, sendo a projeção para 2050 de 81,2 anos (IBGE, 2010). O aumento na longevidade corrobora o número crescente de pessoas acometidas por doenças degenerativas e crônicas, que as tornam dependentes de cuidados (KÜCHEMANN, 2012).

Neste contexto, surge a demanda por melhorias na qualidade da atenção à saúde e pelo cuidado integral. Entre as estratégias de cuidado propostas, estão as próximas ao domicílio, inicialmente realizadas pelos serviços de atendimento domiciliar terapêutico, destinadas a usuários com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) e cuidados paliativos, juntamente com as visitas domiciliares realizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Agregando a estes serviços, em 2011, o programa Melhor em Casa foi implantado de modo a contribuir para a complementação e unificação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) (SILVA et al., 2010; BRASIL, 2011).

A Atenção Domiciliar (AD) é um modelo de cuidado à saúde integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) cujas ações são desenvolvidas no domicílio com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e podem ser vinculadas aos serviços de atenção básica ou a um SAD, dependendo da complexidade de cada usuário. O SAD é um “serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar” (BRASIL, 2016a, p. 2).

Esse modelo de atenção à saúde visa à prevenção e ao tratamento de doenças, à reabilitação e à promoção da saúde. Otimizar os recursos financeiros do SUS por meio da redução da demanda por atendimentos hospitalares e diminuição do período de permanência de internação dos usuários. Ademais, proporciona a transição do cuidado do usuário entre os diversos pontos da rede de atenção, favorecendo a recuperação dos indivíduos e contribuindo para a redução de riscos de infecções hospitalares em usuários cronicamente dependentes dessas instituições. Pode ainda melhorar a qualidade nos serviços de saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários e humanização no cuidado (BRASIL, 2016a).

Observa-se, em usuários acompanhados pelos SADs, o predomínio de processos crônicos reagudizados (cardiopatas, hepatopatas crônicas), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e outras doenças neurológicas (sequelas cognitivas e motoras após acidentes

automobilísticos e por situações de violência – causas externas) (BRASIL, 2012a). Uma das causas frequentes de cuidado no domicílio que acompanha ou não as comorbidades referidas anteriormente é a Lesão por Pressão (LP) (LEBRÃO, 2007; CHAYAMITI et al., 2007).

Comumente, os estudos nacionais que elucidam as características das LPs e as características sociodemográficas e clínicas desses usuários são realizados em âmbito hospitalar, sobretudo em unidades de terapia intensiva (LOURO, FERREIRA, PÓVOA, 2007; GOMES et al., 2010; FAUSTINO, CALIRI, REIS, 2010). Já são identificados alguns estudos que verificam a prevalência ou a incidência de LPs em AD, entretanto nenhum avalia as características dessas lesões. Uma investigação realizada em Ribeirão Preto (SP) com 47 usuários identificou prevalência de 19,1% (CHAYAMITI; CALIRI, 2010), enquanto em uma ESF em Teresina (PI), um estudo seccional realizado com 30 sujeitos constatou a prevalência de 61% de usuários com feridas, com maior ocorrência de LPs (40%) (BEZERRA et al., 2013). Já em Belo Horizonte (MG), um estudo de coorte realizado de janeiro a junho de 2012 com 126 usuários em AD observou incidência de 20% (FREITAS; ALBERTI, 2013). Na cidade de Santos (SP), identificou-se prevalência de LPs em 37,8% dos usuários admitidos no SAD (FERRARI et al., 2010). Outro estudo retrospectivo realizado em Ceilândia (DF) com 313 usuários apresentou taxa de prevalência de 26,2% de LPs (SOUZA, 2014). E uma pesquisa transversal realizada em Ribeirão Preto (SP) com 23 usuários no momento da alta hospitalar evidenciou prevalência de 21,7% de LPs (MORO; CALIRI, 2016). Segundo informações obtidas em banco de dados do SAD do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para o estudo de Machado (2016), em 2013 havia uma prevalência de 11% de LPs entre os adultos atendidos pelo serviço.

Do ponto de vista conceitual, diversos termos têm sido utilizados para definir as LPs entre eles úlcera por pressão, úlcera de decúbito e ferida por pressão. Entretanto, a terminologia “lesão por pressão” foi redefinida em 2016 pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016) e traduzida para o português pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Segundo essas instituições, a definição atual de LP é um dano na pele e/ou tecidos subjacentes, localizado geralmente sobre uma proeminência óssea, o qual se apresenta como pele íntegra e/ou descontinuação da integridade da pele, que também pode estar relacionado a fatores como o uso de dispositivos médicos, pressão intensa e/ou prolongada associada a cisalhamento, microclima, nutrição inadequada, perfusão, comorbidades e condição prévia do usuário (NPUAP, 2016). Além desses fatores, a imobilidade física, dificuldades de locomoção e circulação prejudicada também estão associadas à formação da LP (LUCENA et al., 2011).

A enfermagem tem importante papel no cuidado domiciliar aos usuários com LPs, não se restringindo somente à execução da técnica de curativos, mas também exercendo a empatia, avaliando o usuário como um todo e propondo intervenções que englobam cuidados que perpassam a lesão. Para isso, o enfermeiro necessita conhecer clinicamente o usuário, observando os fatores que contribuíram para o surgimento da lesão, definindo a melhor forma de tratá-la, realizando técnicas adequadas de curativo e orientando cuidados, monitorando o processo de cicatrização e registrando a evolução da lesão, além de realizar intervenções preventivas e implantar estratégias para reduzir o risco de LP (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; FERREIRA, CANDIDO, CANDIDO, 2010).

O conhecimento ampliado dos usuários com LP atendidos na AD pode gerar informações significativas para o desenvolvimento de cuidados, bem como para a melhora da aplicação dos recursos disponíveis, colaborando para o aperfeiçoamento das ações preventivas e do tratamento das lesões (SEHNEM et al., 2014). Para tal, segundo NPUAP, *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA), organizações referências em estudos com LP, o enfermeiro precisa possuir informação sobre o perfil demográfico e socioeconômico dos usuários assim como a etiologia das lesões, além de realizar a avaliação integral desses indivíduos e das características da ferida, informações que fornecem dados peculiares para a definição do tratamento e registro do processo cicatricial da lesão (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Dado o exposto, justifica-se a realização do presente estudo devido à escassez de referências nacionais que identifiquem o perfil dos usuários com LP atendidos nos SADs e caracterizem as LPs. A partir deste é possível conhecer algumas demandas de cuidado relacionadas com as LPs e contribuir para que o profissional enfermeiro implemente cuidados específicos a essa população, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e de saúde dos mesmos e apoiar a implementação de uma política pública recentemente estabelecida.

Neste contexto, Machado (2016), em sua dissertação de mestrado, realizou um estudo longitudinal para avaliar a cicatrização de LPs em 38 usuários acompanhados pelo SAD do GHC no período de seis semanas. A partir deste estudo, da motivação da pesquisadora pelo tema durante a graduação e por acreditar nos benefícios da AD nos cuidados às LPs, surgiu a atual proposta de conhecer as características dos usuários com LPs que tiveram alta hospitalar e que ingressaram no SAD. Utilizando dados de estudo longitudinal de mestrado citado anteriormente. O presente estudo tem a seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil dos usuários com LPs admitidos em um SAD?

## **2 OBJETIVOS**

Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos usuários com lesões por pressão admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (SAD/GHC) e identificar as características das LPs dos mesmos.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Tendo em vista a proposta do estudo, esta sessão foi dividida em três subseções. A primeira apresenta a atenção domiciliar no contexto internacional e nacional. A segunda subseção apresenta as LPs e a terceira subseção abrange os cuidados de enfermagem aos usuários com LP.

#### 3.1 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL

##### 3.1.1 Atenção domiciliar no mundo

A AD pode parecer um modelo novo na atenção à saúde. No entanto, desde o Egito Antigo, século XIII antes de Cristo (a.C.), há descritos cuidados domiciliares por um médico chamado Imhotep. Na Grécia Antiga, Asklépios, médico, também atendia os usuários nas suas residências (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

No século V a.C., Hipócrates descreve o bom êxito e a eficiência de atender-se no domicílio. Já no final do século XVII, Samuel Hanneman, fundador da homeopatia, visitava no domicílio seus usuários e, quando necessário, permanecia longo tempo ao lado dos doentes (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

No ano de 1796, tem-se a primeira organização desse modelo de assistência relatada, com um grupo de enfermeiras do Boston Dispensário (atual New England Medical Center). A pioneira da AD nos Estados Unidos da América (EUA) foi a enfermeira Lilian Wald, sua atuação em 1893 era a prática de visitas domiciliares. Esse pioneirismo possibilitou a reforma progressiva dos movimentos públicos de saúde nos EUA e novos contornos na AD. Em 1965, com a reformulação do sistema de saúde americano, iniciou-se o reembolso para terapias no domicílio, incluindo terapia respiratória e Nutrição Parenteral Total (NPT) (MONK-TUTOR, 1998).

No Canadá, com a mudança de perfil epidemiológico, os serviços de *homecare* começaram a ser implantados na década de 1960 para realizar a alta assistida com os usuários cirúrgicos. Posteriormente, em 1987, um projeto piloto em três hospitais de Montreal atendeu usuários clínicos agudos que necessitavam de terapia medicamentosa endovenosa, a qual era realizada por esse projeto no domicílio (REHEM; TRAD, 2005).

Concomitantemente, na Europa, emergiam sistemas organizados de AD, destacando o programa francês ANTADIR (*Association Nationale Pour Les Traitements à Domicile, Les*

*Innovations et La Recherche*), que atende usuários com doenças respiratórias dependentes de oxigênio (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). Na Espanha, a AD foi criada em 1981 e, na década passada, existiam mais de 40 serviços em funcionamento (REHEM; TRAD, 2005).

### **3.1.2 Atenção domiciliar no Brasil**

No Brasil, há relatos desde 1830 de realização de atendimentos médicos no domicílio. No século XX, o Brasil enfrentava um período com muitas endemias na população, tais como a febre amarela, a malária, a tuberculose e a ancilostomose. Nesse contexto, iniciou-se a realização de visitas domiciliares por visitadoras sanitárias, precursoras das atuais enfermeiras, no entanto despreparadas e sem formação para prestar o cuidado (FARIA, 2006).

As visitadoras sanitárias foram adquirindo prestígio no trabalho e necessitavam de capacitação profissional. Assim, em 1922 o médico sanitarista Carlos Chagas, com o apoio da Fundação Rockefeller, fundou a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), posteriormente denominada Escola Anna Nery. As visitadoras sanitárias passaram a ser formadas enfermeiras para atuar tanto no sistema hospitalar quanto nos domicílios visitando as famílias. A partir de 1940, foram sendo substituídas por enfermeiras graduadas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Juntamente com profissionais médicos, começaram a realizar outros tipos de atendimento domiciliar e, além de fornecer orientações de higiene, iniciaram o tratamento de diversas doenças (FARIA, 2006).

Em 1949, foi fundado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) vinculado ao Ministério do Trabalho, que realizava atendimento aos servidores formais (REHEM; TRAD, 2005).

A AD similar aos moldes atuais de organização teve início somente em 1967, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. O objetivo principal era a desospitalização dos doentes crônicos. Era realizada a alta planejada de usuários com baixa complexidade clínica, os quais eram seguidos pelo serviço no domicílio (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Nos anos seguintes, houve um crescimento de empresas privadas de AD. Algumas prestavam serviços segmentares, como o atendimento de enfermagem com curativos. Outras prestavam serviços a usuários dependentes de cuidados contínuos, similares aos do *homecare* canadense, como, por exemplo, acompanhar um usuário portador de doenças crônicas reagudizadas (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).



No entanto, a maior parte da população brasileira não tinha condições financeiras de pagar esses serviços privados. Somente após a implantação do SUS essa modalidade de atenção começou a ser proposta de modo universal. Em 1998, 10 anos após a criação do SUS pela Constituição Federal, a Portaria nº 2.416 estabeleceu critérios de credenciamento hospitalar para implantação da internação domiciliar. A mesma era financiada por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 1998). A internação domiciliar era realizada por serviços hospitalares que deveriam contar com equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo) e realizar acompanhamento domiciliar semanal e seria reembolsada por meio de AIH. O serviço era destinado a usuários idosos com múltiplas internações pela mesma causa no último ano, a portadores de doenças crônicas, ou com câncer em estágio terminal, e ainda a usuários com traumas e doenças osteoarticulares (BRASIL, 1998).

No ano de 2002, por meio da Lei nº 1.0424, foi estabelecido que o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no SUS eram modalidades que deveriam atuar em todos os níveis de atenção com uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2002). Para orientar e direcionar o atendimento e internação domiciliares, foi criada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que regulamenta tecnicamente os SADs. Nesse documento, a assistência domiciliar era entendida como a execução de atividades programadas e continuadas de caráter ambulatorial enquanto a internação domiciliar era definida como o atendimento em tempo integral aos usuários com maior complexidade de cuidado (BRASIL, 2006a).

Em 2006, a Portaria nº 2.529 do Ministério da Saúde (MS) estabeleceu que, para o funcionamento do serviço de internação domiciliar, era necessária uma equipe mínima constituída por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem e uma equipe de apoio composta por fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista, estes profissionais escolhidos conforme a demanda do serviço (BRASIL, 2006b). Entretanto, a mesma nunca foi regulamentada.

A fim de reorganizar a AD nas diversas modalidades de atenção no SUS, o Programa Melhor em Casa foi instituído pela Portaria nº 2.029 MS/GM, de 24 de agosto de 2011. Hoje se encontra vigente a Portaria nº 825 MS/GM, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016a).

Essa última portaria define a AD como uma “modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016a, p. 1). Como já relatado na introdução, a AD pode ser

vinculada aos serviços de atenção básica ou aos SAD, dependendo da complexidade de cada usuário.

Há uma divisão de acordo com a complexidade do usuário e os cuidados necessários, desse modo, são atendidos pela modalidade AD2 os usuários com doenças agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados contínuos e intensificados, como visitas domiciliares no mínimo semanais pela equipe multiprofissional, tratamentos parenterais ou reabilitação ou doenças crônico-degenerativas e cuidados paliativos, que demandem atendimento semanal com a finalidade de controlar a dor e o sofrimento, ou que sejam bebês prematuros e de baixo peso. Os usuários que necessitem de atendimento multiprofissional mais frequente ou com utilização de equipamento(s) e cuidados de maior complexidade, tais como ventilação mecânica, nutrição parenteral, entre outros, serão acompanhados pela modalidade AD3. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação ficam responsáveis pela modalidade AD1, prestam atendimento aos usuários restritos ao leito ou ao lar, estáveis clinicamente e que não demandam visitas frequentes e têm menor necessidade de intervenções multiprofissionais (BRASIL, 2016a).

Os SADs são responsáveis pelo gerenciamento e pela operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs), as quais são divididas em dois tipos para melhor atendimento aos usuários e de acordo com o número de habitantes da cidade. A EMAD tipo I pode ser pleiteada por municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes. Ela acompanha, em média, 60 usuários mensalmente e é composta por médicos e enfermeiros com carga horária semanal de 40 horas cada, fisioterapeuta ou assistente social com 30 horas de trabalho por semana e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório semanal de 120 horas de trabalho. Já a EMAD tipo II pode ser habilitada em municípios com população inferior a 40 mil habitantes, individualmente se a população for entre 20 mil e 39.999 habitantes ou por meio de agrupamento de municípios, no caso daqueles com menos de 20 mil habitantes. Cada EMAD tipo II é responsável pelo acompanhamento de 30 usuários mensalmente e conta com uma equipe de profissionais médicos com carga horária semanal de 20 horas, enfermeiros com carga horária semanal de 30 horas, fisioterapeuta ou assistente social com 30 horas de trabalho por semana e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório semanal de 120 horas de trabalho (BRASIL, 2016a).

Essas equipes contam com o apoio das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs) com pelo menos três profissionais escolhidos conforme a demanda do serviço, cuja soma das cargas horárias semanais seja, no mínimo, 90 horas de trabalho, são eles: assistente social,

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016a).

Quanto à estrutura do SAD, o mesmo não necessita ter sede própria e pode estar sediado em estabelecimento de saúde. Deve funcionar, no mínimo, 12 horas por dia em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar regime de plantão. Também deve contar com transporte de urgência 24 horas por dia. Em relação a procedimentos eletivos de insumos e medicações, assim como exames de média complexidade e especialidades médicas, o acesso é semelhante ao da rede básica. Quando se configura uma urgência, o usuário é encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e demais portas de urgência do município. Procurando evitar a demanda direta dos usuários (BRASIL, 2016a).

O incentivo financeiro para a manutenção do SAD será distribuído mediante: recebimento, análise técnica e aprovação, pelo MS, do projeto de criação ou ampliação do SAD; habilitação com o quantitativo de equipes que comporão o SAD; cadastro, pelo gestor local de saúde, da EMAD e, se houver, da EMAP. O repasse mensal é realizado do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado, de modo que para cada EMAD tipo I será pago o valor mensal de 50 mil reais e para cada EMAD tipo II, 34 mil reais. Cada EMAP receberá 6 mil reais ao mês (BRASIL, 2016a).

Atualmente, no Brasil, existem cerca de 590 EMADs e 327 EMAPs implantadas (BRASIL, 2016b). Na Cidade de Porto Alegre/RS, foram habilitadas 10 equipes, das quais oito foram implantadas até meados de 2016. Destas, quatro pertencem ao SAD/GHC (MACHADO, 2016; BRASIL 2016b).

## 3.2 LESÃO POR PRESSÃO

### 3.2.1 Lesão por pressão: conceito e etiologia

Segundo a NPUAP, traduzida para o português pela SOBEST, a definição atualmente mais aceita de LP é um dano na pele e/ou tecidos subjacentes, em geral localizado sobre uma proeminência óssea, o qual se apresenta como pele íntegra e/ou descontinuação da integridade da pele, e pode estar relacionado a fatores como o uso de dispositivos médicos, pressão intensa e/ou prolongada associada a cisalhamento, microclima, nutrição inadequada, perfusão, comorbidades e condição prévia do usuário (NPUAP, 2016).

Uma das principais causas da LP é a pressão constante e/ou intensa mantida por um determinado tempo. A pressão normal de fechamento dos capilares é de aproximadamente 32 mmHg nas arteríolas e 12 mmHg nas vênulas, portanto valores maiores que 32 mmHg podem causar lesões por restrição do fluxo sanguíneo, acumulação de produtos metabólicos, geração de radicais livres e, conseqüentemente, colapsar ou trombosar os vasos capilares, resultando em falta de oxigenação e nutrição das células (JORGE, DANTAS, 2005; NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

A baixa intensidade da pressão por um longo período de tempo pode ocasionar isquemia tecidual e desenvolvimento de LP, assim como a alta intensidade da pressão por um curto período de tempo pode causar dano. Além disso, a baixa tolerância tissular também deve ser incluída nos fatores de etiogênese das LPs (BERGSTROM et al., 1987).

A tolerância, ou seja, a capacidade da pele e de estruturas subjacentes de suportarem uma determinada pressão sem sofrer sequelas adversas é diferente em cada tecido do corpo. Nesse sentido, o tecido muscular é mais sensível à pressão quando comparado à pele, por exemplo, se houver edema na região, a circulação pode ser prejudicada, levando à isquemia do local e podendo ocasionar necrose muscular ou de tecido subcutâneo (BERGSTROM et al., 1987).

O desenvolvimento da LP é multifatorial. Além da tolerância, fatores externos e internos também influenciam na formação dessas lesões. Entre os fatores externos, as forças de pressão, fricção e cisalhamento causam uma sobrecarga mecânica nas partes moles do corpo, com isso, a pele não movimentada livremente, causando ruptura dos vasos sanguíneos e diminuição do aporte de sangue, com conseqüente isquemia tecidual e desenvolvimento de LP. Os fatores internos são abrangidos pelas comorbidades, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade, alguns medicamentos, nível de consciência e idade (BERGSTROM et al., 1987).

Quanto ao detalhamento dos fatores internos, cito algumas comorbidades que são fatores de risco para o desenvolvimento de LP, como o Diabetes Mellitus (DM), que dificulta a microcirculação, assim como as doenças cardiovasculares, que também podem causar edema, circulação prejudicada e má nutrição do tecido cutâneo. Além disso, os hábitos sedentários e o tabagismo também prejudicam a circulação sanguínea (SMELTZER et al., 2011; SANTOS et al., 2015).

As deficiências nutricionais também contribuem para esse desfecho, sendo a medida nutricional da ingestão dietética, acurada pelo peso, a mais segura para avaliação do risco do desenvolvimento de LP (YATABE et al., 2013). Não foram encontrados estudos específicos

de avaliações nutricionais em usuários com LP atendidos na AD. No entanto, estudo similar com indivíduos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) identificou que, quanto menor o Índice de Massa Corporal (IMC), maior a predição de LP (BERLOWITZ et al., 2001).

A classificação do quadro nutricional do usuário pode ser obtida pelo IMC, que se trata da divisão do peso pela altura ao quadrado, como trazem os Quadros 1 e 2 a seguir, segundo a classificação sugerida para adultos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2015) e para idosos segundo Lipschitz (1994).

**Quadro 1** – Classificação internacional de baixo peso, sobrepeso e obesidade para adultos de acordo com o IMC.

| <b>Classificação do estado nutricional</b> | <b>Pontos de corte para IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b> |
|--|--|
| <b>Baixo peso</b>                          | < 18,50  |
| Desnutrição grave                          | < 16,00  |
| Desnutrição moderada                       | 16,0 - 16,99                                       |
| Desnutrição leve                           | 17,0 - 18,49                                       |
| <b>Eutrófico</b>                           | 18,50 - 24,99                                      |
| <b>Sobrepeso</b>                           | ≥ 25,00  |
| Pré-obeso                                  | 25,00 - 29,99                                      |
| <b>Obesos</b>                              | ≥ 30,00  |
| Obeso classe I                             | 30,00 - 34,99                                      |
| Obeso classe II                            | 35,00 - 39,99                                      |
| Obeso classe III                           | ≥ 40   |

Fonte: Machado, 2016, traduzido de WHO, 1995, 2000, 2004.

**Quadro 2** – Classificação do estado nutricional para idosos de acordo com o IMC.

| <b>Classificação do estado nutricional</b> | <b>Pontos de corte para IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b> |
|--|--|
| Baixo peso                                 | < 22   |
| Eutrófico                                  | 22 - 27  |
| Excesso de peso                            | ≥ 27   |

Fonte: Machado, 2016, adaptado de Lipschitz, 1994.

A imobilidade do usuário sobre a cama ou cadeira causa uma pressão contínua sobre a pele e os tecidos cutâneos; quando essa pressão é exercida por um longo tempo, pequenos

vasos são obstruídos e há necrose tecidual resultando em uma LP (BERLOWITZ; WILKING, 1989).

Os usuários com percepção sensorial prejudicada podem não ter consciência do desconforto ocasionado pelo período de tempo na mesma posição, assim como não possuir o estímulo doloroso diante de isquemia de tecido. Nesses usuários em especial, as LP podem se desenvolver em um curto período de tempo (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Ainda sobre os fatores internos, a idade avançada torna as pessoas mais suscetíveis a LP, pois a espessura epidérmica, o colágeno e a elasticidade diminuem. A pele também fica mais seca devido à pouca atividade das células sebáceas e sudoríparas. As alterações cardiovasculares diminuem a perfusão tecidual, as proeminências ósseas tornam-se mais proeminentes e os músculos atrofiam (SMELTZER et al., 2011). De forma não diferente, a prematuridade também é um fator predisponente para essas lesões, pois os prematuros possuem imaturidade funcional da pele (MARTINS; TAPIA, 2009).

Diante dos notórios fatores, os esforços para evitar o desenvolvimento de uma LP devem ser empregados no cuidado aos usuários, pois o tratamento dessa lesão é dispendioso em termos de custo e de qualidade de vida. Sabe-se que a prevenção da LP, em geral, é menos onerosa. Por isso, tornam-se indispensáveis os métodos profiláticos adequados para prevenção do desenvolvimento das LPs (JORGE; DANTAS, 2005).

Almejando aperfeiçoar e estender a habilidade clínica do enfermeiro no processo de avaliação de risco de LP, é imprescindível a estimativa do risco por meio da avaliação integral do usuário, incluindo a anamnese e o exame físico, além de uma abordagem sistemática considerando os riscos presentes. A utilização de instrumentos para a avaliação do risco também é indicada (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014). O acompanhamento regular e as inspeções diárias da pele devem ser realizados para detectar os primeiros sinais de dano à pele (STECHMILLER et al., 2008).

### **3.2.2 Classificação das lesões por pressão**

Para classificar as LPs, utiliza-se internacionalmente o sistema de estadiamento descrito no Quadro 3.

**Quadro 3** – Classificação das lesões por pressão.

| <b>Classificação</b>  | <b>Descrição</b>   |
|---|--|
| Estágio 1: eritema não branqueável da pele intacta  | Pele intacta, com eritema não branqueável após uma hora do alívio da pressão. Na pele escura, o branqueamento pode não ser visível. A área pode estar dolorosa, dura, mole, quente ou fria comparativamente ao tecido adjacente. |
| Estágio 2: perda parcial da espessura da pele com derme exposta   | Lesão superficial com leito vermelho-rosado com flictena aberto ou fechado. Lesão brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.   |
| Estágio 3: perda total da espessura da pele   | Perda total da espessura tecidual. Tecido adiposo subcutâneo pode estar visível, sem exposição de ossos, tendões ou músculos. Túneis e tecidos desvitalizados podem estar presentes.   |
| Estágio 4: perda total da espessura dos tecidos   | Perda total da espessura da pele. Há exposição de ossos, tendões ou músculos. Também pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina úmida) ou tecido necrótico.   |
| Não estadiável: perda total da pele e perda tissular não visível  | Perda total da espessura do tecido, coberto por necrose de liquefação e/ou coagulação – escara   |
| Lesão tissular profunda: descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece | Área delimitada púrpura ou marrom na pele descolorida intacta ou com bolha com sangue. A evolução pode ser rápida, expondo outras camadas de tecido mesmo com tratamento adequado.   |
| Lesão relacionada a dispositivo médico  | Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos.  |
| Lesão em membranas mucosas  | LP devido ao uso de dispositivos médicos no local do dano.   |

Fonte: NPUAP, 2016.

### 3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM LESÃO POR PRESSÃO

Com base nos dados da avaliação do usuário, os diagnósticos de enfermagem segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2015) que podem ser elencados são: Risco de úlcera por pressão, Risco de Integridade da Pele Prejudicada, Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada, de modo que os dois últimos são escolhidos quando já ocorreram as alterações ou danos à pele. De acordo com os mesmos poderão ser propostos cuidados de prevenção e/ou tratamento na AD.

### 3.3.1 Prevenção de lesão por pressão em atenção domiciliar

A prevenção de LP requer um esforço coordenado da equipe multiprofissional que atende esse usuário no domicílio e também orienta o cuidador. Falhas são menos comuns em sistemas que abordam a educação dos cuidadores e familiares (ROSEN et al., 2006), embora alguns usuários possam apresentar risco alto de desenvolvimento de LPs e o dano seja inevitável.

As intervenções de enfermagem são imprescindíveis para prevenção da LP. Segundo a *Nursing Interventions Classification* (NIC), em concordância com as organizações referências em estudos com LP, são essenciais para a prevenção do desenvolvimento das LPs: alívio da pressão, aumento na mobilidade, melhora na percepção sensorial, melhora no estado nutricional e redução das forças de atrito e cisalhamento (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

A redistribuição da pressão a cada duas horas deve ser realizada em todos usuários, especialmente naqueles com risco ou presença de LP. A utilização de coxins para alívio da pressão é recomendada por ter baixo custo e facilidade na execução. No entanto, superfícies de suporte de alívio de pressão, como colchões de ar fluidizado ou colchonetes com alteração de ar, também são úteis na redução da pressão do tecido (LEVINE et al., 2013). A seleção do dispositivo de alívio de pressão deve levar em conta a facilidade de uso, as características do usuário, os fatores de risco de desenvolvimento de LP e o custo. Os coxins são baratos e eficazes na maioria das situações, enquanto as superfícies especiais têm custo elevado e podem ser apropriadas em situações de alto risco de desenvolvimento de LP (SMELTZER et al., 2011).

O posicionamento adequado de usuários sem mobilidade requer almofadas de espuma entre os joelhos e tornozelos para evitar a pressão nesses locais, travesseiros podem ser colocados nas pernas para manter elevados os calcanhares e, quando deitado de lado, a cabeça do usuário deve permanecer em ângulo menor que 30 graus. Esses são alguns cuidados no posicionamento que visam, principalmente, proteger as proeminências ósseas por serem áreas de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de LP (SMELTZER et al., 2011).

Aos usuários restritos à cadeira de rodas, o uso de almofadas especiais é recomendado. As almofadas com abertura circular no centro não devem ser utilizadas, pois aumentam o edema e a congestão venosa, concentrando a pressão no tecido circundante (STECHEMILLER et al., 2008). As almofadas indicadas são as de gel ou espuma especial. Estudo randomizado



com 232 idosos em cadeiras de rodas, residentes em um ILPI, identificou menor índice de LP em usuários que utilizaram almofadas de espuma de gel (10,6%) comparados com os idosos que utilizaram almofadas padrão de espuma (17,6%) (BRIENZA et al., 2010). Ademais, o reposicionamento na cadeira de rodas deve ser realizado a cada hora com inclinações do assento para reduzir o contato entre as nádegas do usuário e, quando capaz, o sujeito pode usar seus braços para deslocar o peso com mais frequência (STECHMILLER et al., 2008).

A otimização dietética é necessária aos usuários com LP, visto que a ingestão de uma dieta hiperproteica e hipercalórica, principalmente em usuários com lesões de estágio 3 e 4, promove a melhora no processo cicatricial (BAUER; PHILLIPS, 2008). Se a ingestão oral não é adequada para garantir o aporte diário necessário de nutrientes, calorias e proteínas, a suplementação alimentar pode ser indicada com acompanhamento de uma nutricionista (KORETZ et al., 2007).

Cuidados na inspeção diária podem ser realizados para melhorar o condicionamento da pele, como a higienização da pele com agente de limpeza com potencial hidrogeniônico (pH) neutro, que minimiza a irritação. A utilização de água quente não é recomendada, assim como a massagem em proeminências ósseas. É necessário manter a pele seca e hidratada, evitando a maceração do tecido e a descamação (NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014).

### **3.3.2 Escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesão por pressão**

Diversos autores propõem, como complemento na avaliação, instrumentos de medida ou escalas de avaliação de risco, sendo as mais citadas as de Norton, Waterlow e Braden por apresentarem adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade (SERPA, 2011).

Das escalas citadas, a única que avalia percepção sensorial é a Escala de Braden (ANEXO A). Esta foi desenvolvida nos Estados Unidos e tem sido a mais utilizada como instrumento de pesquisa, comparada com as demais, devido à especificidade (ARAÚJO; OLIVEIRA; FALCÃO, 2010).

A Escala de Braden, desenvolvida em 1987, foi validada no Brasil por Paranhos e Santos em 1999. Esta associa seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento. Cada subescala é pontuada de um a quatro, exceto fricção ou cisalhamento, cujo escore varia de um a três. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores  $\leq 9$ ), risco alto (15 a 18 pontos) e sem risco (escores  $\geq 19$ ) (PARANHOS; SANTOS, 1999).

A Escala de Braden tem sido aplicada em várias instituições brasileiras, principalmente em usuários internados em unidades de terapia intensiva. Contudo, também pode ser contemplado na avaliação de usuários em AD, com a inclusão da avaliação na presença ou não de cuidador, pois o desenvolvimento da LP engloba, além dos fatores de risco já citados, os cuidados domiciliares inadequados em usuários acamados (SOUZA, 2005). Um estudo de coorte prospectivo realizado no SAD de Belo Horizonte (MG), com o objetivo de avaliar a capacidade dessa escala em prognosticar o surgimento de LP na AD, conclui que a escala demonstrou ser efetiva, pois durante o acompanhamento por seis meses, 14 usuários apresentaram queda nos escores da escala. Destes, 10 desenvolveram LP, confirmando a relação direta entre a diminuição do escore e o desenvolvimento da LP (FREITAS; ALBERTI, 2013).

A Escala de Braden tem sido divulgada como a que melhor se adequou à realidade nacional, entretanto autores sugerem que ela seja utilizada acompanhada de alguns itens como a idade do usuário, as condições da pele, o IMC, as medicações em uso e as comorbidades, ou seja, os fatores internos associados às LPs (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2012).

### **3.3.3 Avaliação das lesões por pressão**

A fim de avaliar a ferida, a mensuração que contempla tecido, bordas e região perilesional é necessária, além de facilitar a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário com LP. Para este fim, são utilizados métodos de monitoramento cicatricial (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014). Há diversos métodos para monitorar as lesões. Um deles inclui o uso de uma régua limpa e descartável para medir o maior comprimento cefalocaudal e a maior largura perpendicular ao comprimento. Um mecanismo que vem ganhando destaque, inclusive na prática clínica em AD, por ser um método simples e prático, é a utilização da régua contendo as iniciais do nome do usuário e a data da avaliação da ferida em conjunto com a fotografia da lesão. Com esses dados é possível realizar a comparação visual da evolução da ferida (SOUSA; VASCONCELOS; SOARES, 2012). Outro método é a planimetria, ou seja, o traçado da ferida em papel transparente, que apesar de trabalhoso é mais fidedigno comparado com a medição por régua. Quanto à profundidade, esta pode ser avaliada por meio de agulha de ponta romba estéril e, após, realiza-se a medida da mesma (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

O processo de cicatrização de LP também é descrito por escalas que avaliam mudanças da área de superfície, presença de exsudato, extensão do tecido necrótico e áreas de granulação da lesão (NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014).

Dentre as escalas para avaliar o processo cicatricial de LP, as mais utilizadas são a *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) e a *Pressure Sore Status Tool* (PSST), pois apresentam maior confiabilidade (MACHADO, 2016). No entanto, a mais utilizada por sua fácil aplicação é a PUSH, que avalia três características da LP: 1) área da ferida em centímetros quadrados, 2) quantidade de exsudato presente na ferida após remoção da cobertura e antes da limpeza e aplicação de tratamento tópico e 3) aparência do leito da ferida com definição do tipo de tecido presente no local.

Utilizando a PUSH, a avaliação da medida da LP pode ser realizada por meio de medidas tridimensionais e/ou bidimensionais. A medida tridimensional avalia a ferida em suas diferentes dimensões, ou seja, profundidade, comprimento e largura. A mensuração do tamanho da LP por planimetria ocorre realizando-se o traçado da LP em papel acetato transparente e posterior aferição da área por meio de papel quadriculado. A profundidade da LP é aferida com instrumento estéril de ponta romba e, após, ocorre a mensuração em centímetros por meio de uma régua. Quanto às características da lesão, também se deve observar o exsudato presente no leito da lesão após remoção da cobertura (seroso, serossanguinolento, sanguinolento ou purulento), a característica das bordas da LP (saudável, descolada, eritema, epibolia, macerada) e o aspecto da região perilesional (saudável, empalidecida, macerada, presença de eritema) (CARVALHO et al., 2006). A soma dos escores de cada subescala da PUSH pode variar de 0 a 17 pontos. Quanto maiores os escores, piores são as condições da ferida (THOMAS et al., 1997).

Diante de todos os cuidados de enfermagem necessários para o tratamento de usuários com LP em domicílio, as orientações para a realização do curativo ao usuário, cuidador ou familiar são definitivas para o sucesso do tratamento. Devido à maioria dos cuidados ser realizada por outra pessoa que não a equipe multiprofissional, cabe ao enfermeiro fazer um plano de cuidados dentro da realidade social e cognitiva do usuário e/ou cuidador (MACHADO, 2016). Além disso, o enfermeiro também necessita ter conhecimentos específicos, competência no uso de técnicas de decisão e de gerenciamento do plano de cuidado ao usuário e habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas (POKOMY, 2010).

### 3.3.4 Cuidados com as lesões por pressão em atenção domiciliar

Considerando que o enfermeiro é o profissional adequado para intervir os cuidados às pessoas, dentre os quais, a conservação da integridade cutânea, seu papel na AD é de extrema importância e abrange desde recursos relacionados a prevenção, avaliação dos motivos que induziram o usuário a desenvolver a LP, análise da ferida até a melhor terapia tópica a ser empregada, além do registro da avaliação e implementação de mudanças caso necessário (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

No cuidado das LPs, o uso de Ácidos Graxos Essenciais (AGEs) pode ser de extrema importância, pois este protege a pele contra o atrito e a pressão, podendo ser utilizado tanto na prevenção de LPs quanto no tratamento das já existentes (MANHEZII et al., 2008). Conforme encontrado em estudo com 331 usuários em ILPI, o qual comparou a aplicação de Ácidos Graxos Hiperóxigenados (AGHOs) com placebo, foi evidenciado que a utilização de AGHOs na pele reduziu significativamente a incidência de LP, que foi de 7,3 % no grupo que recebeu a intervenção e 17,3% no grupo placebo. Esses resultados mostram que, a cada 10 usuários tratados com AGHO, uma LP foi impedida de desenvolver-se (TORRA et al., 2005).

Quando as LPs já existentes, cabe ao enfermeiro a definição, orientação e realização dos curativos. As lesões podem se manifestar desde casos simples como eritema até lesões complexas com infecções locais ou sistêmicas e tecido necrosado (NPUAP; EPUAP; PPIIA, 2014).

O enfermeiro atuante na AD deve, na primeira Visita Domiciliar (VD), descrever as características da lesão. Somente após dominar esses dados é cabível elaborar o plano de cuidados juntamente com o usuário e a família, como quem vai realizar o curativo no domicílio, adequar a alimentação do usuário, orientar sobre a necessidade de redistribuição da pressão e materiais disponíveis no ambiente doméstico para efetivar a troca de curativo das lesões (PIEPER et al., 2002). O Programa Melhor em Casa, ao preconizar a realização de no mínimo uma VD semanal, contribui para resultados positivos em relação à cicatrização de LP (MACHADO, 2016).

Para garantir a cicatrização da LP, o leito da ferida precisa estar vascularizado, livre de tecido desvitalizado, sem infecção e úmido. O tratamento das feridas inclui curativos adequados para promover a cicatrização da lesão e desbridamento do tecido necrosado. Os curativos devem eliminar o espaço morto, controlar o excesso de exsudato, evitar o crescimento de bactérias, garantir o equilíbrio de fluidos, ter custo-benefício positivo ao

usuário e ser de possível realização pelo usuário ou cuidador (BOWLER; DUERDEN; ARMSTRONG, 2001).

Após a limpeza da ferida com o uso da técnica limpa, o profissional enfermeiro opta pelo tipo de cobertura necessária. Em feridas exsudativas, a cobertura deve ter a capacidade de absorção, pois o excesso de exsudato macera as bordas da lesão, muitas vezes aumentando o tamanho da mesma. Nesses casos, as coberturas de espumas e alginatos são indicadas (SCHULTZ et al., 2003). Em casos de lesões secas, coberturas que mantenham a umidade do leito da ferida e as bordas secas são indicadas, como gaze umedecida em solução fisiológica, filmes transparentes, hidrocoloides e hidrogéis (BERGSTROM et al., 2005). Existem vários tipos de coberturas disponíveis de acordo com o estadiamento e a avaliação da lesão.

Além da promoção do meio adequado para a cicatrização, também é necessário atentar para as infecções, que atrapalham a cicatrização da lesão e que devem ser tratadas. A possibilidade de infecção deve ser considerada mesmo sem a presença de febre e leucocitose. As infecções em LP podem apresentar apenas sinais locais, tais como calor, rubor, edema, sensibilidade local, secreção purulenta e odor fétido (YOSHIKAWA; LIVESLEY; CHOW, 2002).

Os usuários com LP podem sentir dor, sendo esse dado subjetivo e dependente da condição de percepção de cada usuário. No entanto, o alívio da dor deve ser oferecido, pois a LP pode ser dolorosa devido a isquemia, infecção ou ruptura de pele. A avaliação da dor, por meio de uma escala, pode ser necessária. Objetivando o controle da mesma, medicamentos analgésicos não opioides orais são utilizados para alívio da dor leve. Opioides orais, como a codeína, podem ser administrados para dor severa, assim como os anti-inflamatórios não esteroides, como o ibuprofeno, recomendados em situações de dor moderada e associados aos não opioides na presença de dor severa (SMELTZER et al., 2011). Especial atenção à dor deve ser prestada durante a realização dos curativos ou desbridamentos.

A abordagem geral dos usuários com LP também deve incluir o fornecimento de apoio psicossocial, pois essas lesões podem impedir os usuários de manter suas atividades de vida diária e fazê-los sentirem-se estigmatizados. Isso resulta em mudanças de estilo de vida que levam a isolamento social, depressão e diminuição da qualidade de vida (GORECKI et al., 2009).

Neste quesito, a AD desenvolve um trabalho peculiar que transpõe a execução de procedimentos e técnicas já que se baseia nas relações interpessoais entre equipe multiprofissional, usuários e cuidadores. A AD pode ser mais eficaz no tratamento de usuários

com LP, pois, além do cuidado à ferida, é possível intervir em questões psicossociais que trazem tanto sofrimento quanto a lesão (LACERDA, 2010).

Com cuidados específicos, a maioria das LPs tem cura. Estudo realizado em um ILPI avaliou aproximadamente mil usuários com LP, evidenciando que 70% dos sujeitos com LP estágio 2, 50% daqueles com LP estágio 3 e 30% dos usuários com LP estágio 4 apresentavam completo fechamento das lesões após seis meses de tratamento (BERLOWITZ, 1997). Corroborando com esse estudo, segundo a NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), espera-se, relativamente à cicatrização, resultados positivos após duas semanas de intervenção e, caso isso não ocorra, a abordagem terapêutica deve ser reavaliada.

Não foram identificadas publicações brasileiras que comparem os resultados de usuários com e sem acompanhamento domiciliar profissional. No entanto, o estudo seminal que originou a presente investigação e que foi realizado com 38 usuários acompanhados por seis semanas em um SAD concluiu que houve boa cicatrização das LPs assistidas (MACHADO, 2016).

Contudo, é importante conhecer as variáveis relativas aos perfis sociodemográficos e clínicos dos usuários com LP atendidos na AD e as características das lesões para propiciar o cuidado humanizado.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo por análise de dados secundários. Segundo Newman et al. (2008), o estudo transversal descritivo possui caráter quantitativo, de modo que todas as mensurações são realizadas em uma única ocasião, sem a comparação entre grupos.

O estudo partiu dos dados da pesquisa de Machado (2016) intitulado “Cicatrização de úlceras por pressão em usuários na atenção domiciliar”. Segundo Grady e Hearst (2008), a análise de dados secundários para investigar questões de pesquisa parte da consulta a banco de dados e pode trazer respostas de forma rápida e eficiente. Entre suas principais vantagens encontram-se as economias de tempo e de recursos financeiros.

### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo do projeto seminal foi o SAD/GHC, no Município de Porto Alegre (RS). O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde, prestando atendimento exclusivo para usuários do SUS. O Grupo é composto por quatro hospitais: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmea. Ao todo, possui 8.363 profissionais, 1.492 leitos, além dos atendimentos ambulatoriais de especialidades. Também pertencem ao GHC a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, o SAD, 12 unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC (GHC, 2014a).

O SAD/GHC funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas. A equipe é composta por 30 profissionais: seis enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, seis médicos, dois fisioterapeutas, um nutricionista, dois assistentes sociais e um auxiliar administrativo (MACHADO, 2016). Atualmente, a solicitação para o acompanhamento do SAD/GHC é realizada durante a internação hospitalar ou pela atenção básica. Durante a internação hospitalar, o médico assistente solicita a avaliação do SAD, que é realizada antes da alta. Os usuários que estão na comunidade têm a solicitação enviada via *e-mail* pelas UBSs, e a avaliação ocorre no domicílio do usuário. Para a inclusão no SAD/GHC, são observados os seguintes critérios: ter moradia fixa, residir na área de abrangência do SAD/GHC (zona norte

do município com área de abrangência de cerca de 400 mil habitantes), possuir diagnóstico e tratamento definidos durante a internação hospitalar, ter quadro clínico estável e haver presença de cuidador, em caso de usuários dependentes (GHC, 2014b).

O serviço atua por meio de VD semanal que é realizada pelas EMADs. O tratamento das feridas é baseado em protocolo institucional e, durante a VD dos profissionais, é feita a capacitação do cuidador e fornecimento de material para o curativo. A EMAD é apoiada pela EMAP, composta por nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. O tempo previsto de acompanhamento domiciliar pelo programa é de 30 dias, com possibilidade de prolongamento conforme as necessidades do usuário. Após a estabilização do quadro clínico e a estruturação dos cuidados, é realizada a alta do SAD e o usuário é revinculado à sua unidade de saúde de referência (MACHADO, 2016).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por sujeitos com lesões por pressão atendidos pelo SAD/GHC. Para compor a amostra, foi utilizado o total dos usuários incluídos no SAD durante a coleta de dados do projeto seminal, realizada entre abril e outubro de 2015. Nesse período, foram admitidos no SAD/GHC 59 adultos com LP em estadiamento 2, 3, 4 e inclassificável, conforme a classificação proposta pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016). Destes foram excluídos oito usuários: um por apresentar suspeita de lesão tissular profunda e sete pela inviabilidade da coleta de dados na primeira visita domiciliar. Essa inviabilidade ocorreu em função de que tais usuários necessitavam de múltiplos cuidados e possuíam cuidadores inseguros. Além disso, residiam em acomodações precárias, fatos que fizeram a equipe de saúde priorizar outros aspectos, como orientação aos cuidadores e organização do cuidado domiciliar. Portanto, a amostra desta pesquisa foi composta por 51 usuários. Já o projeto seminal foi composto por 38 usuários devido à perda de 13 sujeitos durante as seis semanas de coleta de dados.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados do projeto seminal, coletado em prontuário e na primeira VD realizada. Para esta pesquisa, foi elaborado um instrumento próprio para coleta de dados (APÊNDICE A) que engloba dados sociodemográficos, tais como idade, sexo, estado conjugal, anos de estudo completos, situação atual de trabalho



(empregado, desempregado, trabalhador informal, aposentado/pensionista), número referido de moradores por domicílio, renda familiar *per capita* bruta (valor total da renda familiar mensal dividido pelo número total de moradores no domicílio do usuário) (BRASIL, 2014), renda dos usuários e variáveis clínicas, como diagnóstico que originou o acompanhamento domiciliar, tabagismo (uso de tabaco até 30 dias anteriores à coleta de dados), estado nutricional, medicamentos utilizados e comorbidades. Para registrar o diagnóstico que originou o acompanhamento pelo SAD e as comorbidades, o estudo seminal utilizou o Código Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1996) e os medicamentos em uso foram categorizados conforme a classificação proposta pelo *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* da OMS (WHO, 2015).

Ainda foram coletadas as seguintes variáveis das características das LPs: número de LPs por usuário, localização e estadiamento das mesmas segundo NPUAP (2016), tempo de existência de cada LP (contabilizado por meio da informação referida pelo usuário, cuidador ou por registro em prontuário durante internação hospitalar no GHC). Além disso, em cada LP foram avaliados o tamanho pela mensuração da planimetria e da profundidade, as características do exsudato presente no leito da lesão após remoção da cobertura (seroso, serossanguinolento, sanguinolento ou purulento), a aparência das bordas da LP (saudável, descolada, eritema, epibolia, macerada), o aspecto da região perilesional (saudável, empalidecida, macerada, presença de eritema) e o processo cicatricial pela Escala PUSH. A planimetria é feita realizando-se o traçado da LP em papel acetato transparente e posterior aferição da área por meio de papel quadriculado. A profundidade da LP é aferida com instrumento estéril de ponta romba e, após, realiza-se a mensuração em centímetros por meio de uma régua. Também foi utilizada a Escala PUSH (ANEXO B), desenvolvida em 1997 pela NPUAP e validada no Brasil por Santos e colaboradores em 2005 (THOMAS et al., 1997; SANTOS et al., 2005). A escala é dividida em três subescalas que avaliam: a área de superfície estimada em centímetros quadrados (cm<sup>2</sup>), por meio de medições perpendiculares, em ângulo de 90 graus com régua limpa, sendo a área calculada pela multiplicação do maior comprimento (cefalocaudal) pela maior largura (direita para esquerda). Os pontos desta medida são dispostos e quantificados conforme a faixa de área: 0 cm<sup>2</sup> (0 ponto), < 0,3 cm<sup>2</sup> (1 ponto), 0,3-0,6 cm<sup>2</sup> (2 pontos), 0,7-1,0 cm<sup>2</sup> (3 pontos), 1,1-2,0 cm<sup>2</sup> (4 pontos), 2,1-3,0 cm<sup>2</sup> (5 pontos), 3,1-4,0 cm<sup>2</sup> (6 pontos), 4,1-8,0 cm<sup>2</sup> (7 pontos), 8,1-12,0 cm<sup>2</sup> (8 pontos), 12,1-24,0 cm<sup>2</sup> (9 pontos) ou > 24 cm<sup>2</sup> (10 pontos). A escala avalia ainda a quantidade do exsudato presente na ferida após a remoção da cobertura e antes da aplicação do agente tópico, quantificado como nenhum (0 ponto), escasso (1 ponto), moderado (2 pontos) ou abundante

(3 pontos); e a aparência do leito da lesão quanto à presença de necrose (4 pontos), esfacelo (3 pontos), tecido de granulação (2 pontos), epitelização (1 ponto) ou ferida fechada (0 ponto). O escore da PUSH pode variar de 0 a 17 pontos. Maiores escores indicam piores condições da ferida (SANTOS et al., 2005).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos em planilha do Microsoft Excel. A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences* 18.0 (SPSS). As variáveis contínuas foram expressas por médias e desvios-padrão quando simétricas e por medianas e interquartis quando assimétricas. Analisou-se a normalidade das variáveis pelo teste de Kolgomorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas e relativas.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os preceitos bioéticos foram respeitados no projeto seminal de acordo com as diretrizes e normas preconizadas na Resolução nº 466/12 do MS do Brasil, que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b). Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

A projeto seminal foi submetido e aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) sob número 965082 (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) sob número 15026 (ANEXO E) como instituição coparticipante no projeto. A pesquisadora responsável pelo projeto seminal autorizou o uso dos dados para a presente investigação (ANEXO F).

Esta foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ENF) sob número 31631 (ANEXO G).

## 5 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, V. T. F.; FALCÃO, L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. Á. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 858-864, 2012.

BAUER, J.; PHILLIPS, L. G. MOC-PS (SM) CME Article: pressure sores. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 121, n. 1S, p. 1-10, 2008.

BERGSTROM, N. et al. The Braden scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Research**, v. 36, n. 4, p. 205-210, 1987.

BERGSTROM, N. et al. The national pressure ulcer long-term care study: outcomes of pressure ulcer treatments in long-term care. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 53, n. 10, p. 1721-1729, 2005.

BERLOWITZ, D. R.; BRIENZA, D. M. Are all pressure ulcers the result of deep tissue injury? A review of the literature. **Ostomy/Wound Management**, v. 53, n. 10, p. 34-38, 2007.

BERLOWITZ, D. R. et al. Deriving a risk-adjustment model for pressure ulcer development using the minimum data set. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, n. 7, p. 866-871, 2001.

BERLOWITZ, D. R. et al. Predictors of pressure ulcer healing among long-term care residents. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 45, n. 1, p. 30-34, 1997.

BERLOWITZ, D. R.; WILKING, S. V. B. Risk factors for pressure sores. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, n. 11, p. 1043-1050, 1989.

BEZERRA, S. M. G. et al. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais: animais e humanos (Impresso)**, v. 6, n. 3, p. 105-114, 2013. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada nº 11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 2006a. Sessão 1, p. 78.

BRASIL. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 72, p. 1, 16 abr. 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Como calcular a renda familiar per capita**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 78, 25 abr. 2016a. Seção 1, p. 33. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1, p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 202, p. 145, 20 out. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 58, p. 106, 26 mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAGE - Sala de apoio à gestão estratégica**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

BRIENZA, D. et al. A randomized clinical trial on preventing pressure ulcers with wheelchair seat cushions. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 12, p. 2308-2314, 2010.

BOWLER, P. G.; DUERDEN, B. I.; ARMSTRONG, D. G. Wound microbiology and associated approaches to wound management. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 14, n. 2, p. 244-269, 2001.

CARVALHO, V. et al. Planimetria como método para mensuração de feridas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 425-428, 2006.

CHAYAMITI, E. M. P. C. et al. Dificuldades para o uso de inovações: assistência às pessoas com feridas crônicas nas unidades de saúde de Ribeirão Preto. **Revista Estima**, v. 5, n. 3, p. 22-28, 2007.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005)>.  
Acesso em: 8 abr. 2016.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 988 p.

FARIA, L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, v. 27, p. 173-212, 2006.

FAUSTINO, A. M.; CALIRI, M. H. L.; REIS, P. E. D. Avaliação da capacidade funcional e risco para úlcera por pressão em pacientes com fratura de quadril. **Revista Estima**, v. 8, n. 3, p. 12-18, 2010.

FERRARI, D. C. et al. Prevalência de lesões cutâneas em pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) no Município de Santos-SP. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2010.

FERREIRA, A. M.; CANDIDO, M. C. F. S.; CANDIDO, M. A. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 18, n. 4, p.656-660, 2010.

FREITAS, J. D. C.; ALBERTI, L. R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 515-521, 2013.

GOMES, F. S. L. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, 2010.

GORECKI, C. et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 57, n. 7, p. 1175-1183, 2009.

GRADY, D.; HEARST, N. Usando base de dados existentes. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 225-239.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Quem somos**. 2014a Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **PAD completa 10 anos**. 2014b. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=7465>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multidisciplinar no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 287-298.

KLINGELHÖFER-NOE, J.; DASSEN, T.; LAHMANN, N. A. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, v. 48, n. 3, p. 263-269, 2015.

KORETZ, R. L. et al. Does enteral nutrition affect clinical outcome & quest: a systematic review of the randomized trials. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 102, n. 2, p. 412-429, 2007.

KOSIAK, M. Etiology of decubitus ulcers. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 42, p. 19, 1961.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEVINE, S. M. et al. Current thoughts for the prevention and treatment of pressure ulcers: using the evidence to determine fact or fiction. **Annals of Surgery**, v. 257, n. 4, p. 603-608, 2013.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 1 n. 21, p. 55-67, 1994.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 337-41, 2007.

LUCENA, A. F. et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Revista Latino-americana de Enfermagem (Online)**, v. 19 n. 3 p. 523-530, 2011.

MACHADO, D. O. **Cicatrização de úlceras por pressão em pacientes na atenção domiciliar**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MACHADO, D. O. et al. Demandas assistenciais de um serviço de atenção domiciliar: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 13, n. 3, p. 353-361, 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4397>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MANHEZIL, A. C. et al. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, 2008.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 778-783, 2009.

MOHSEN, N. et al. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117-171, 2014.

MONK-TUTOR, M. R. The US home infusion market. **American Journal of Health-system Pharmacy**, v. 55, n. 19, p. 2019-2025, 1998.

MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP), EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP), PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington, DC, 2014.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Staging Consensus Conference**. Chicago, 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

NEWMAN, T. B. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Artmed, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10**. Décima revisão. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, p. 191-206, 1999.

PIEPER, B. et al. Home care nurses' ratings of appropriateness of wound treatments and wound healing. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, v. 29, n. 1, p. 20-28, 2002.

POKOMY, M. E. Nursing theorists of historical significance. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER-TOMEY, A. **Nursing theorists and their work**. 7. ed. USA: Mosby Elsevier, 2010. p. 50-68.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005.

ROSEN, J. et al. Ability, incentives, and management feedback: organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 7, n. 3, p. 141-146, 2006.

SANTOS, V. L. C. G. et al. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 305-313, jun. 2005.

SANTOS, C. T. et al. Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 113-121, jun. 2015.

SCHULTZ, G. S. et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. **Wound Repair and Regeneration**, v. 11, n. s1, p. S1-S28, 2003.

SEHNEM, G. D. et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 839-846, 2014.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 50-57, 2011.

SILVA, E. W. N. L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 abr. 2016.

SMELTZER, S. C. et al. Conceitos de biofísica e psicossociais na prática de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 178- 187, 2011.

SOUSA, A. T. O.; VASCONCELOS, J. M. B., SOARES, M. J. G. O. Software image tool 3.0 como um instrumento para mensuração de feridas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 6, n. 10, p. 2569-3, 2012.

SOUZA, D. M. S. T. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados**. 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOUZA, L. L. **Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar**. 2014. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2014. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9324/1/2014\\_LucasLobatoDeSouza.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9324/1/2014_LucasLobatoDeSouza.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2016.



STECHMILLER, J. K. et al. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. **Wound Repair and Regeneration**, v. 16, n. 2, p. 151-168, 2008.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, v. 3, n. 9, p. 15-18, 2000.

THOMAS, D. R. et al. Pressure Ulcer Scale for Healing: derivation and validation of the PUSH tool: the PUSH task force. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 10, n. 5, p. 96-101, 1997.

TORRA, I. B. J. E. et al. The effectiveness of a hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. **Journal of Wound Care**, v. 14, n. 3, p. 117-121, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Body Mass Index classification**. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)>. Acesso em: 2 jun. 2016.

YATABE, M. S. et al. Mini nutritional assessment as a useful method of predicting the development of pressure ulcers in elderly inpatients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 61, n. 10, p. 1698-1704, 2013.

YOSHIKAWA, T. T.; LIVESLEY, N. J.; CHOW, A. W. Infected pressure ulcers in elderly individuals. **Clinical Infectious Diseases**, v. 35, n. 11, p. 1390-1396, 2002.

## 6 ARTIGO

O artigo foi desenvolvido com base nas normas para publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem conforme Anexo H.

### LESÕES POR PRESSÃO EM USUÁRIOS ADMITIDOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

#### RESUMO

**Objetivos:** Descrever o perfil de usuários com Lesão por Pressão (LP) admitidos em serviço de atenção domiciliar e identificar as características das LPs. **Métodos:** Estudo transversal com 51 usuários. O perfil socioeconômico, demográfico e clínico, a planimetria, a profundidade, as características das LPs e a Escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** A idade média foi de 60,27 anos ( $\pm 20,84$ ) e 54,9% eram mulheres. Foram identificadas 130 LPs, variando de 1 a 9 lesões por usuário. As LPs tinham mediana do tempo de existência de 35,5 dias, 46,2% na região sacral e 40,0% no estágio 2. A planimetria foi de 9,75 cm<sup>2</sup> e 79,2% das LPs não apresentaram profundidade superior a 0 cm. A mediana do escore da PUSH foi de 11 pontos. **Conclusão:** Medidas de prevenção e tratamento devem ser implementadas na rede de atenção domiciliar. **Descritores:** Úlcera por pressão. Enfermagem. Assistência domiciliar.

#### RESÚMEN

**Objetivos:** Describir el perfil del usuario con Lesiones por Presión (LP) admitido en un servicio de atención domiciliar e identificar las características de las LPs. **Métodos:** Estudio

transversal con 51 usuarios. El perfil socioeconómico, demográfico y clínico, la planimetría, la profundidad, las características de las LPs y la Escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** La edad media fue de 60.27 años ( $\pm 20,84$ ) y el 54,9% eran mujeres. Fueron identificadas 130 LPs, variando de 1 a 9 lesiones por usuario. Las LPs tenían mediana del tiempo de existencia de 35,5 días, 46,2% en la región sacra y 40,0% en la etapa 2. La planimetría fue de 9,75 cm<sup>2</sup> y 79,2% de las LPs no indicaron una profundidad superior a 0 cm. La mediana de la puntuación de la PUSH fue de 11 puntos. **Conclusión:** Medidas de prevención y de tratamiento deben ser implementadas en la red de atención domiciliaria.

**Descriptor:** Úlcera por presión. Enfermería. Atención Domiciliaria de Salud.

**Título:** Lesiones por presión en usuarios admitidos en los servicios de atención domiciliaria

### **ABSTRACT**

**Objectives:** The objective was to describe the profile of patients with Pressure Ulcers (PUs) admitted to a homecare service and to identify the characteristics of the PUs. **Methods:** Cross-sectional study with 51 patients. The socioeconomic, demographic and clinical profile, planimetry, depth, characteristics of the PUs and the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) were analyzed by descriptive statistics. **Results:** The mean age was 60.27 years ( $\pm 20.84$ ) and 54.9% were women. We identified 130 PUs, ranging from 1 to 9 lesions per user. The PUs had a median time of existence of 35.5 days, 46.2% in the sacral region and 40.0% in stage 2. The planimetry was 9.75 cm<sup>2</sup> and 79.2% of the PUs did not present depth greater than 0 cm. The median PUSH score was 11 points. **Conclusion:** Preventive and treatment measures should be implemented in the homecare service.

**Descriptors:** Pressure ulcer. Nursing. Homecare.

**Title:** Pressure ulcer in patients admitted in a homecare service

## INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, surgem novas demandas de atendimento às pessoas acometidas por doenças degenerativas e crônicas, que as tornam dependentes de cuidados.<sup>(1)</sup> Entre as estratégias propostas a essas demandas, estão aquelas mais próximas do domicílio. A Atenção Domiciliar (AD) é um modelo de cuidado à saúde integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) com ações desenvolvidas no domicílio e que atua com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser vinculada a serviços de atenção básica ou a um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), dependendo da complexidade de cada usuário. A AD visa à prevenção e ao tratamento de doenças, à reabilitação e à promoção da saúde, assim como ao desenvolvimento de cuidados paliativos e de alívio da dor. Tem por intuito otimizar os recursos financeiros do SUS por meio da redução da demanda por atendimentos hospitalares e diminuição do período de permanência de internação dos usuários. Além disso, a AD proporciona a transição do cuidado do usuário entre os diversos pontos da rede de atenção, favorecendo a recuperação dos indivíduos e contribuindo para a redução de riscos de infecções hospitalares em usuários cronicamente dependentes dessas instituições. Pode ainda melhorar a qualidade nos serviços de saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários e humanização no cuidado.<sup>(2)</sup>

A Lesão por Pressão (LP) é uma das causas frequentes de cuidado no domicílio.<sup>(3,4)</sup> Ela é definida como um dano na pele e/ou tecidos subjacentes, localizado geralmente sobre uma proeminência óssea, o qual se apresenta como pele íntegra e/ou descontinuação da integridade da pele, e pode estar relacionado a fatores como o uso de dispositivos médicos, pressão intensa e/ou prolongada associada ao cisalhamento, microclima, nutrição inadequada, perfusão, comorbidades e condição prévia do usuário.<sup>(5)</sup> A formação da LP também está

relacionada a fatores como imobilidade física, dificuldades de locomoção, circulação prejudicada, entre outros.<sup>(6)</sup>

A enfermagem tem importante papel no cuidado domiciliar aos usuários com LPs, não restringindo-se somente à execução da técnica de curativos, mas também exercendo a empatia, avaliando o usuário como um todo e propondo intervenções que englobam cuidados que perpassam a lesão. Para isso, o enfermeiro necessita avaliar clinicamente o usuário, observando os fatores que contribuíram para o surgimento da lesão, definindo a melhor forma de tratá-la, realizando técnicas adequadas de curativo e orientando cuidados, avaliando o processo de cicatrização e registrando a evolução da lesão, além de realizar intervenções preventivas e implantar estratégias para reduzir o risco de LP.<sup>(7)</sup>

O conhecimento ampliado dos usuários com LP atendidos na AD pode gerar informações significativas para o desenvolvimento de cuidados, bem como para a melhora da aplicação dos recursos disponíveis, colaborando para o aperfeiçoamento das ações preventivas e do tratamento das lesões.<sup>(8)</sup> Para tal, o enfermeiro precisa possuir informação sobre o perfil demográfico e socioeconômico dos usuários assim como a etiologia das lesões, além de realizar a avaliação integral desses indivíduos e das características da ferida, habilidades que fornecem dados peculiares para a definição do tratamento e registro do processo cicatricial da lesão, dados que servem não só ao enfermeiro, mas a toda equipe multiprofissional envolvida.<sup>(9)</sup>

Devido à escassez de referências nacionais que caracterizem o perfil dos usuários com LP atendidos nos SADs e as LPs desses sujeitos, este estudo busca conhecer as demandas de cuidado e, assim, contribuir para que o profissional enfermeiro implemente cuidados específicos a essa população, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e de saúde dos mesmos e apoiar a implementação de uma política pública recentemente estabelecida.

O estudo teve como objetivos descrever o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos usuários com lesões por pressão admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (SAD/GHC) e identificar as características das LPs dos mesmos, utilizando dados de estudo longitudinal sobre cicatrização de úlceras por pressão de 38 usuários acompanhados por este mesmo serviço.<sup>(10)</sup>

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo, conduzido no SAD/GHC, no Município de Porto Alegre (RS). O serviço atua por meio de Visita Domiciliar (VD) semanal que é realizada por seis Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), cada uma composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), composta por nutricionista, fisioterapeuta e assistente social sempre que necessário.<sup>(10)</sup>

O tratamento das feridas é baseado em protocolo institucional. O tempo de acompanhamento domiciliar pelo programa é de 30 dias, com possibilidade de prolongamento conforme as necessidades do usuário. Após a estabilização do quadro clínico e a estruturação dos cuidados, é realizada a alta do SAD e o usuário é revinculado à sua unidade de saúde de referência.<sup>(10)</sup>

A população do estudo foi constituída por usuários com LP que foram admitidos no SAD/GHC. Foram incluídos, sequencialmente, entre abril e outubro de 2015, 59 usuários adultos com LP no momento da admissão no SAD/GHC, com lesões em estágios 2, 3, 4 e inclassificável, conforme a classificação proposta pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel*.<sup>(5)</sup> Destes foram excluídos do estudo oito usuários: um por apresentar suspeita de lesão tissular profunda e sete pela inviabilidade da coleta de dados na primeira VD, pois muitos

usuários necessitavam de múltiplos cuidados e possuíam cuidadores inseguros. Além disso, residiam em acomodações precárias, fatores que fizeram a equipe de saúde priorizar outros aspectos, como orientação aos cuidadores e organização do cuidado domiciliar. Assim, compuseram a amostra 51 usuários.

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada a partir do banco de dados. A coleta de dados do projeto seminal foi realizada pela pesquisadora deste e por profissionais do SAD/GHC treinados para este fim por meio do prontuário e na primeira VD realizada. Para a coleta do presente estudo, foi elaborado banco de dados específico que englobava variáveis sociodemográficas, tais como idade, sexo, estado conjugal, anos de estudo completos, situação atual de trabalho (empregado, desempregado, trabalhador informal, aposentado/pensionista), número referido de moradores por domicílio, renda familiar *per capita* bruta (valor total da renda familiar mensal dividido pelo número total de moradores no domicílio do usuário, tendo como referência de salário mínimo o valor de 788 reais), renda dos usuários e variáveis clínicas, como diagnóstico que originou o acompanhamento domiciliar, tabagismo (uso de tabaco até 30 dias anteriores à coleta de dados), medicamentos utilizados e comorbidades associadas. Para registrar o diagnóstico que originou o acompanhamento pelo SAD e as comorbidades, o estudo seminal utilizou o Código Internacional de Doenças (CID-10)<sup>(11)</sup> e os medicamentos em uso foram categorizados conforme a classificação proposta pelo *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* da Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>(12)</sup>

Ainda foram coletadas as seguintes variáveis das características das LPs: número de LPs por usuário, localização e estadiamento das mesmas conforme NPUAP,<sup>(5)</sup> tempo de existência de cada LP (contabilizado por meio da informação referida pelo usuário, cuidador ou por registro em prontuário durante internação hospitalar no GHC). Além disso, em cada LP foram avaliados o tamanho por planimetria e profundidade, as características do exsudato

presente no leito da lesão após remoção da cobertura (seroso, serossanguinolento, sanguinolento ou purulento), a aparência das bordas da LP (saudável, descolada, eritema, epibolia, macerada), o aspecto da região perilesional (saudável, empalidecida, macerada, presença de eritema) e o processo cicatricial pela Escala PUSH. A planimetria foi feita realizando-se o traçado da LP em papel acetato transparente e posterior aferição da área por meio de papel quadriculado. A profundidade da LP foi aferida com instrumento estéril de ponta romba e, após, realiza-se a mensuração em centímetros por meio de uma régua. Também foi utilizada a Escala PUSH, desenvolvida em 1997 pela NPUAP e validada no Brasil por Santos e colaboradores em 2005.<sup>(14,13)</sup> A escala é dividida em três subescalas que avaliam: a área de superfície estimada em centímetros quadrados (cm<sup>2</sup>), por meio de medições perpendiculares, em ângulo de 90 graus com régua limpa, sendo a área calculada pela multiplicação do maior comprimento (cefalocaudal) pela maior largura (direita para esquerda). Os pontos desta medida são dispostos e quantificados conforme a faixa de área: 0 cm<sup>2</sup> (0 ponto), < 0,3 cm<sup>2</sup> (1 ponto), 0,3-0,6 cm<sup>2</sup> (2 pontos), 0,7-1,0 cm<sup>2</sup> (3 pontos), 1,1-2,0 cm<sup>2</sup> (4 pontos), 2,1-3,0 cm<sup>2</sup> (5 pontos), 3,1-4,0 cm<sup>2</sup> (6 pontos), 4,1-8,0 cm<sup>2</sup> (7 pontos), 8,1-12,0 cm<sup>2</sup> (8 pontos), 12,1-24,0 cm<sup>2</sup> (9 pontos) ou > 24 cm<sup>2</sup> (10 pontos). A escala avalia ainda a quantidade do exsudato presente na ferida após a remoção da cobertura e antes da aplicação do agente tópico, quantificado como nenhum (0 ponto), escasso (1 ponto), moderado (2 pontos) ou abundante (3 pontos); e a aparência do leito da lesão quanto à presença de necrose (4 pontos), esfacelo (3 pontos), tecido de granulação (2 pontos), epitelização (1 ponto) ou ferida fechada (0 ponto). O escore da PUSH pode variar de 0 a 17 pontos. Maiores escores indicam piores condições da ferida.<sup>(14)</sup>

Os dados extraídos do banco do projeto seminal foram inseridos em planilha do Microsoft Excel. A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences* 18.0 (SPSS). As variáveis contínuas foram expressas por médias e desvios-



padrão quando simétricas e por medianas e interquartis quando assimétricas. Analisou-se a normalidade das variáveis pelo teste de Kolgomorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas e relativas.

O projeto seminal foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 965082) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (nº 15026) como instituição coparticipante.

## **RESULTADOS**

Dentre os 51 usuários que compuseram a amostra deste estudo, 28 eram do sexo feminino (54,9%). A média de idade foi de 60,27 anos ( $\pm 20,84$ ). Em relação ao estado conjugal, a maior parte dos usuários era viúva (31,4%) ou casada (31,4%) e a mediana de anos de estudo foi de 5 (Percentis 25 - 75: 4 - 8). A maior parte dos usuários era aposentada/pensionista (68,6%). A mediana da renda familiar, entre os que aceitaram responder a este item, foi de R\$ 788,00 (Percentis 25 - 75: R\$ 723,50 - R\$ 1.300,00), enquanto a renda do usuário foi de R\$ 780,00 (Percentis 25 - 75: R\$ 780,00 - R\$ 788,00). A mediana de moradores por domicílio foi de 3 (Percentis 25 - 75: 2 - 4).

Referente à caracterização clínica dos usuários, nenhum se declarou fumante. Na Tabela 1, são apresentadas as patologias de base, ou seja, as doenças que justificaram a admissão do usuário no SAD, e as comorbidades, definidas como agravos à saúde dos usuários, descritas no prontuário. Ressalta-se que cada usuário apresentou a mediana de 2 comorbidades (Percentis 25 - 75: 1 - 4).

**Tabela 1** – Caracterização clínica das patologias de base e comorbidades dos usuários com lesão por pressão admitidos pelo SAD/GHC. Porto Alegre/RS, 2015

| <b>Variáveis*</b>                  | <b>Usuários<br/>(n=51)</b> |
|------------------------------------|----------------------------|
| <b>Patologias de base</b>          |                            |
| Acidente vascular encefálico       | 14 (27,5)                  |
| Lesão por pressão                  | 10 (19,6)                  |
| Neoplasia maligna                  | 5 (9,8)                    |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica | 4 (7,8)                    |
| Huntington                         | 3 (5,9)                    |
| Insuficiência cardíaca             | 2 (3,9)                    |
| Diabetes mellitus                  | 2 (3,9)                    |
| Infecção do trato urinário         | 2 (3,9)                    |
| Outros                             | 9 (17,7)                   |
| <b>Comorbidades †</b>              |                            |
| Hipertensão arterial sistêmica     | 28 (54,9)                  |
| Acidente vascular encefálico       | 17 (33,3)                  |
| Depressão                          | 14 (27,5)                  |
| Diabetes mellitus                  | 14 (27,5)                  |
| Insuficiência cardíaca             | 11 (21,6)                  |
| Hipotireoidismo                    | 7 (13,7)                   |
| Paraplegia                         | 7 (13,7)                   |
| Neoplasia maligna                  | 6 (11,8)                   |
| Obesidade                          | 5 (9,8)                    |
| Demência                           | 5 (9,8)                    |
| Bexiga neurogênica                 | 3 (5,9)                    |
| Fibrilação atrial                  | 3 (5,9)                    |
| Epilepsia                          | 3 (5,9)                    |
| Huntington                         | 3 (5,9)                    |
| Parkinson                          | 3 (5,9)                    |
| Outros                             | 10 (19,7)                  |

\*Variáveis categóricas: descritas por frequência absoluta (n) e relativa (%).

† Os usuários apresentaram mais de uma comorbidade.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No que se refere aos medicamentos em uso, a totalidade dos usuários utilizava mais de um fármaco. Os mais utilizados eram os antidepressivos 16 (31,4 %), hipoglicemiantes 13 (25,5%), betabloqueadores 12 (23,5%), agentes do sistema renina-angiotensina-aldosterona 11 (21,6%), inibidores da agregação plaquetária 10 (19,6%), agentes modificadores de lipídios 10 (19,6%), analgésicos 9 (17,6%), antibióticos 9 (17,6%), entre outros.

Foram identificadas 130 LPs, variando de 1 a 9 lesões por usuário. Na admissão dos participantes do estudo no SAD/GHC, a mediana do tempo de existência das LPs foi de 35,5 dias (Percentil 25 - 75: 24,5 - 66). A localização mais frequente das mesmas foi a região sacral (46,2%) e o estadiamento mais comum foi o estágio 2 (40,0%), conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2** – Características das lesões por pressão dos usuários admitidos no SAD/GHC. Porto Alegre/RS, 2015

| <b>Variável*</b>            | <b>Lesões por pressão (n=130)</b> |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Localização (região)</b> |                                   |
| Sacral                      | 60 (46,2)                         |
| Trocantérica                | 16 (12,3)                         |
| Calcânea                    | 14 (10,8)                         |
| Glútea                      | 9 (6,9)                           |
| Dorsal/costas               | 9 (6,9)                           |
| Pé                          | 5 (3,8)                           |
| Maleolar                    | 5 (3,8)                           |
| Isquiática                  | 2 (1,5)                           |
| Cotovelo                    | 2 (1,5)                           |
| Outros                      | 8 (6,2)                           |
| <b>Estadiamento</b>         |                                   |
| Estágio 2                   | 52 (40,0)                         |
| Estágio 3                   | 43 (33,1)                         |
| Estágio 4                   | 12 (9,2)                          |
| Inclassificáveis            | 23 (17,7)                         |

\*Variáveis categóricas: descritas por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto à mensuração da área da ferida pela planimetria, observou-se a mediana de 9,75 cm<sup>2</sup> (Percentis 25 - 75: 3 - 29,12), e 103 LPs (79,2%) não apresentaram profundidade superior a 0 cm. As características lesionais mais frequentes foram o exsudato seroso encontrado em 78 LPs (60%), as bordas saudáveis em 87 LPs (66,9%) e a região perilesional também saudável em 97 LPs (74,6%). A mediana do escore total da PUSH foi de 11 pontos (Percentis 25 - 75: 8 - 14). Quanto às subescalas da PUSH, a mediana da área da lesão correspondente ao comprimento multiplicado pela largura foi de 7 cm<sup>2</sup> (Percentis 25 - 75: 2 - 18,5), a maioria das lesões apresentou quantidade pequena de exsudato e o tipo de tecido mais prevalente foi o tecido de granulação. A pontuação pode ser observada na Tabela 3.

**Tabela 3** – Subescalas da PUSH em usuários com lesão por pressão admitidos no SAD/GHC. Porto Alegre/RS, 2015

| Subescalas da PUSH     | (n=130)          |
|------------------------|------------------|
|                        | Md (P25 - P75)   |
| Comprimento x Largura  | 7 (4 – 9) pontos |
| Quantidade de exsudato | 1 (1 – 2) pontos |
| Tipo de tecido         | 2 (2 – 4) pontos |

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa relativos a sexo e grupo etário reafirmam a transição demográfica brasileira, caracterizada pela feminização do envelhecimento. Estudos conduzidos em São Paulo que caracterizaram o perfil dos usuários com LP em AD também identificaram que 54% (n=492) e 51,1% (n=47) eram idosas.<sup>(15,16)</sup> A maior prevalência de idosas com LP pode ser explicada pela diminuição de espessura epidérmica, colágeno, elasticidade e atividade das células sebáceas e sudoríparas. Ademais, as proeminências ósseas tornam-se mais salientes e os músculos atrofiam.<sup>(17)</sup>

Verificou-se que a escolaridade e a renda dos usuários eram reduzidas e grande parte era aposentada/pensionista, assim como foi pequeno o número de pessoas residentes com o usuário. Resultados semelhantes quanto à renda e à situação de trabalho foram observados em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) e Teresina (PI) com usuários que apresentavam feridas e recebiam cuidados na AD.<sup>(16,18)</sup>

O pequeno número de possíveis cuidadores associado às condições de baixa renda e baixa escolaridade são presumíveis dificuldades a serem enfrentadas pela equipe de saúde que atua na AD, especialmente em usuários com LP, que necessitam da transferência de tecnologia leve-dura por meio da equipe de profissionais envolvidos na educação do cuidador para a realização de diversos tipos de curativos que precisam ser trocados diariamente e sem contar com a presença dos profissionais. Acredita-se que o cuidador com baixa escolaridade tenha maior dificuldade em compreender a técnica e reproduzir os cuidados ensinados pelos profissionais de saúde, o qual também acrescenta em sua prática elementos afetivos, culturais e religiosos, modos tecnológicos leves de cuidado, mas que, se empregados de maneira incorreta, podem prejudicar o tratamento de uma LP. Já as condições relacionadas à baixa renda demandam adaptações dos cuidados à realidade de cada família em seu espaço domiciliar. A AD permite conhecer diferentes contextos de vida e mobiliza a capacidade de construir alternativas criativas e apropriadas para o cuidado, adequando-as às particularidades do domicílio, do usuário e do cuidador. Ademais, esse modelo de atendimento possibilita o cuidado individualizado que, sabidamente, exerce melhores benefícios, adesão e resultados de longo prazo.<sup>(19)</sup>

As comorbidades mais frequentes foram doenças crônicas não transmissíveis, as quais são comumente encontradas em idosos e mulheres, população predominante neste estudo. Essas doenças também são as mais frequentes entre o perfil de pessoas em AD em geral e guardam relação também com a redução da mobilidade do usuário.<sup>(3,4)</sup>

A depressão destaca-se como a segunda doença mais relatada neste estudo e corrobora o achado de que esteve presente em 70% (n=73) dos usuários ambulatoriais com feridas crônicas em São Paulo.<sup>(20)</sup> Desse fato emerge a importância de uma abordagem minuciosa a qual forneça principalmente apoio psicossocial, em especial aos indivíduos com LP, pois essas lesões muitas vezes impedem os usuários de manter suas atividades de vida diária e levam-nos a sentirem-se estigmatizados. Isso resulta em mudanças de estilo de vida que levam ao isolamento social, à imobilidade, à piora do quadro depressivo e da LP e, conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida desses usuários.<sup>(21)</sup>

A patologia de base com maior prevalência na causa principal para a admissão no SAD/GHC foi o Acidente Vascular Encefálico (AVE), o qual geralmente deixa sequelas motoras e cognitivas, fatores predisponentes à LP.<sup>(6)</sup> Destaca-se que a segunda patologia de base com maior prevalência é a própria LP, sendo esta uma patologia multifatorial, relacionada a elementos externos, como a duração, a intensidade e a tolerância tissular de cada indivíduo, e internos, tais como idade avançada, comorbidades e condições de mobilidade prejudicadas.<sup>(22)</sup> Acredita-se que a AD é uma modalidade de cuidado que pode auxiliar esses usuários na continuidade do seu tratamento, pois os mesmos não necessitam ficar internados e expostos a maior risco de infecção hospitalar e estresse. Pode contemplar ainda a adequação as preferências alimentares e a mobilidade, se os sujeitos forem bem orientados, visto que o tratamento para LPs é longo.

Referente aos medicamentos mais utilizados, como antidepressivos, hipoglicemiantes orais e anti-hipertensivos, estes estão relacionados às patologias mais prevalentes neste estudo. A polifarmácia também está associada à idade e ao número de comorbidades de cada usuário, como também identificada em outros estudos.<sup>(23,3)</sup>

Na admissão no SAD/GHC, os usuários possuíam LPs que variavam de 1 a 2 meses de existência. Estudo em AD observou resultado diferente, identificando que aproximadamente

60% das LPs surgiram após quatro meses.<sup>(16)</sup> Entretanto, o estudo citado não descreve quais as condições prévias e utilização dos serviços no período anterior à coleta de dados.

Quanto à localização das LPs, houve predomínio na região sacral, em concordância com estudo realizado em AD no Município de Belo Horizonte (MG) e em Ribeirão Preto (SP) com usuários avaliados na alta hospitalar.<sup>(24,25)</sup> Conforme verificado nas pesquisas e já amplamente fundamentado, em geral, as LPs estão situadas sobre proeminências ósseas.<sup>(6)</sup> Maior número de LPs em estágios 2 e 3 também foi identificado em estudos realizados na AD em Ribeirão Preto (SP) e Ceilândia (DF).<sup>(16,26)</sup>

Acredita-se que, segundo dados da planimetria e da profundidade das LPs desta pesquisa, o processo de cicatrização dessas lesões será longo e gradativo. Também é possível inferir que há possibilidade de cicatrização da lesão a partir de dados das subescalas da PUSH, onde a maioria das feridas apresentou pequena quantidade de exsudato e tecido de granulação no leito da lesão. O escore total da PUSH foi semelhante ao do estudo americano com 47 lesões, que evidenciou na primeira coleta de dados a média de variação do escore da PUSH de 12,1 pontos ( $\pm 2,8$ ) e, após quatro semanas, 9,4 pontos ( $\pm 4,2$ )<sup>(27)</sup> e a pesquisa realizada na cidade de Goiânia (MG), com 64 usuários em cuidados paliativos domiciliares, que aplicou a escala PUSH como forma de avaliação da LP e a média do escore foi de 9 pontos.<sup>(28)</sup> Assim como a presente investigação, por se tratar de um estudo transversal, o monitoramento cicatricial não foi realizado. Resultados positivos são esperados após duas semanas de intervenção devido à maioria apresentar estágio 2 e não possuir características prejudiciais à cicatrização, tais como exsudato purulento, borda descolada, região perilesional com eritema.<sup>(5)</sup> No entanto, o desfecho depende do autocuidado do usuário, da orientação e entendimento do cuidador, da maneira como são realizados os curativos, da aplicação ou não das orientações recebidas e do empenho da equipe multiprofissional, pois esses usuários não estão acompanhados 24 horas pela equipe de saúde e dependem de orientações claras sobre os

cuidados necessários. Mesmo recebendo cuidados criteriosos, a LP pode evoluir para estágios 3 e 4 se as comorbidades dos usuários apresentarem pior evolução.<sup>(28)</sup> O enfermeiro é responsável pelo monitoramento do tratamento que deve prevenir a infecção e deterioração da lesão, propiciando assim conforto e melhora na qualidade de vida desses usuários.<sup>(16)</sup>

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se a predominância de idosas, aposentadas/pensionistas, com baixo grau de escolaridade e com renda mediana de um salário mínimo, que dividem a residência com poucas pessoas. O AVE foi a principal patologia base para admissão no SAD/GHC e as doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão arterial sistêmica, depressão, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, foram as principais comorbidades, assim como a ocorrência de polifarmácia.

Constatou-se que a maioria dos usuários possuía mais de uma LP, sendo a região sacral e os estágios 2 e 3 mais comumente encontrados. As características das lesões na maioria dos casos apresentavam condições adequadas para o manejo do processo de cicatrização.

Poucas publicações brasileiras retratam o acompanhamento domiciliar de LPs, fator considerado limitante deste estudo, pois dificultou a comparação com outros estudos nacionais. Além disso, o delineamento desta pesquisa impossibilitou a observação da evolução das lesões, restringindo-se a inferências com base nos dados obtidos a partir da Escala PUSH.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para o conhecimento dos profissionais atuantes nesta área, pois, ao conhecer o perfil dos usuários com LPs admitidos em um SAD, é possível elencar melhores intervenções terapêuticas e projeção para o futuro das políticas



públicas desses usuários. O estudo ainda reafirma a necessidade de investimentos governamentais em programas de atenção domiciliar como o Melhor em Casa e demonstra a possibilidade de atuação proativa do enfermeiro nessa modalidade e não obstante na atenção primária à saúde por meio da realização de VDs.

Diante das limitações e dos resultados apresentados, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas nos contextos da AD com usuários que apresentem LPs, bem como o desenvolvimento de estudos longitudinais que avaliem a maneira como os cuidadores realizam a troca de curativo e o entendimento dos mesmos sobre a lesão. Além disso, sugerem-se estudos randomizados que demonstrem a efetividade das intervenções realizadas pelos enfermeiros na AD, diante da prevenção e do processo cicatricial da LP.

## REFERÊNCIAS

1. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc e Estado*. 2012;27(1):165-180.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011: institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2011 ago 24; Seção 1:44.
3. Lebrão M L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Colet*. 2007;4(17):135-140.
4. Chayamiti EMPC, Yano TK, Mabtum A, Carmo DHP, Garcia MLB, Viliod MCL et al. Dificuldades para o uso de inovações: assistência às pessoas com feridas crônicas nas unidades de saúde de Ribeirão Preto. *Rev Estima*. 2007;5(3):22-28.
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Staging Consensus Conference [Internet]. Chicago; 2016 [citado 2016 jun 18]. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages>.
6. Santos CT, Almeida MA, Oliveira MC, Victor MAG, Lucena AF. Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):113-121.
7. Ferreira AM, Candido MCFS, Candido MA. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):656-660.

8. Sehnem GD, Busanello J, Silva FM, Poll MA, Borges TAP, Rocha EN. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. *Ciênc Cuid e Saúde*. 2014;14(1):839-846.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington (DC); 2014.
10. Machado DO. *Cicatrização de úlceras por pressão em pacientes na atenção domiciliar [dissertação]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10*. São Paulo (SP); 1996.
12. World Health Organization (WHO). *Body Mass Index classification [Internet]*. 2015 [citado 2016 jun 2]. Disponível em: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).
13. Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA et al. *Pressure Ulcer Scale for Healing: derivation and validation of the PUSH tool: the PUSH task force*. *Adv Skin Wound Care*. 1997;10(5):96-101.
14. Santos VLGC, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. *Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):305-313.
15. Ferrari DC, Monteiro ML, Malagutti W, Barnabe AS, Ferraz RRN. *Prevalência de lesões cutâneas em pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) no Município de Santos-SP*. *ConScientiae Saúde*. 2010;9(1):25-32.
16. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. *Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária*. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2010 [citado 2016 abr 8];23(1):29-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005).
17. Medeiros ABF. *Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006.
18. Bezerra SMG, Barros KM, Brito JA, Santana WS, Moura ECC, Luz MHBA. *Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família*. *Rev Interdisciplin Estud Exp: anim e hum [Internet]*. 2013 [citado 2016 mar 23];6(3):105-114. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95>.
19. Feuerwerker L, Merhy EE. *A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas*. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;24(3):180-188.

20. Santo PFES, Almeida SAA, Pereira MTJ, Salomé GS. Avaliação do nível de depressão em indivíduos com feridas crônicas. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(4).
21. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(7):1175-1183.
22. Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos I. A challenge in nursing care: preventing pressure ulcers in the client. *R Pesq: Cuid Fund Online.* 2013;5(1):3221-3228.
23. Ferrell BA, Josephson K, Norvid P, Alcorn H. Pressure ulcers among patients admitted to home care. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(9):1042-1047.
24. Freitas JDC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(6):515-521.
25. Moro JV, Caliri MHL. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3).
26. Souza LL. Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar [trabalho de conclusão de curso]. Ceilândia: Universidade de Brasília; 2014.
27. Hon J, Lagden K, McLaren AM, O'Sullivan D, Orr L, Houghton PE et al. A prospective, multicenter study to validate use of the PUSH in patients with diabetic, venous, and pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage.* 2010;56(2):26-36.
28. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):264-271.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

| <b>Dados sociodemográficos</b>   |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Iniciais do nome:</b> _____   | <b>Registro:</b> _____         |
| <b>Idade:</b> _____ anos   |                                |
| <b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino  |                                |
| <b>Estado conjugal:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado/divorciado ( ) Viúvo  |                                |
| <b>Anos de estudo:</b> _____   |                                |
| <b>Situação atual de trabalho:</b><br>( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Trabalhador informal<br>( ) Aposentado/pensionista ( ) Outro. _____ |                                |
| <b>Renda total do domicílio:</b> _____   | <b>Renda do usuário:</b> _____ |
| <b>Número de moradores por domicílio:</b> _____  |                                |
| <b>Variáveis clínicas</b>  |                                |
| <b>Diagnóstico médico de ingresso no SAD (CID-10):</b> _____   |                                |
| <b>Comorbidades associadas (CID-10):</b><br>_____<br>_____   |                                |
| <b>IMC:</b> _____  |                                |
| <b>Tabagismo:</b> ( ) Sim ( ) Não  |                                |
| <b>Medicamentos em uso:</b> _____  |                                |

Fonte: Folador, 2016, adaptado de Machado, 2016.

| <b>Lesão por Pressão</b>   |  |
|--|--|
| <b>Número total de LP:</b> _____   | <b>Localização e estadiamento LP n 1</b> _____ |
| <b>Tempo de duração da LP:</b> ____ dias   |  |
| <b>Exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguinolento<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento                      Outro _____  |  |
| <b>Bordas:</b><br><input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Descolada <input type="checkbox"/> Eritema/hiperemia<br><input type="checkbox"/> Epibolia <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Ausente                      Outro _____ |  |
| <b>Região perilesional:</b><br><input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Empalidecida <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Macerada<br>Outro _____   |  |
| <b>Profundidade:</b> _____ cm.   |  |
| <b>Planimetria:</b> _____ cm <sup>2</sup>  |  |
| <b>Escala PUSH:</b><br>Compr. X largura : _____  |  |
| Qtd de exsudato; _____   |  |
| Tipo de tecido: _____  |  |
| Escore total: _____  |  |

Fonte: Folador, 2016, adaptado de Machado, 2016.

## ANEXOS

## ANEXO A – Escala de Braden

| Variáveis   |  |   |  |   | Total |
|---|--|---|--|---|-------|
| <b>Percepção sensorial:</b><br>Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto | <b>1. Totalmente limitado:</b><br>Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.   | <b>2. Muito limitado:</b><br>Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.  | <b>3. Levemente limitado:</b><br>Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.  | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Responde a comandos verbais: não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.   |       |
| <b>Umidade:</b><br>Nível ao qual a pele é exposta à umidade   | <b>1. Completamente molhada:</b><br>A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.  | <b>2. Muito molhada:</b><br>A pele esta frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.   | <b>3. Ocasionalmente molhada:</b><br>A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.   | <b>4. Raramente molhada:</b><br>A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.  |       |
| <b>Atividade:</b><br>Grau de atividade física   | <b>1. Acamado:</b><br>Confinado à cama.  | <b>2. Confinado à cadeira:</b><br>Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.  | <b>3. Anda ocasionalmente:</b><br>Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.  | <b>4. Anda frequentemente:</b><br>Anda ora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.   |       |
| <b>Mobilidade:</b><br>Capacidade de mudar e controlar a posição do Corpo                                    | <b>1. Totalmente imóvel:</b><br>Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.   | <b>2. Bastante limitado:</b><br>Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.   | <b>3. Levemente limitado:</b><br>Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.  | <b>4. Não apresenta limitações:</b><br>Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.  |       |
| <b>Nutrição:</b><br>Padrão usual de consumo alimentar   | <b>1. Muito pobre:</b><br>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínio) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.                              | <b>2. Provavelmente inadequado:</b><br>Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda. | <b>3. Adequado:</b><br>Come mais de metade da maioria das refeições. Come no total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido ou é alimento por sonda ou regime de nutrição parenteral total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais. | <b>4. Excelente:</b><br>Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar. |       |
| <b>Fricção e Cisalhamento:</b>  | <b>1. Problema:</b><br>Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou na cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Elasticidade, contratatura ou agitação leva à quase constante fricção. | <b>2. Problema em potencial:</b><br>Move-se, mas sem vigor, ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.  | <b>3. Nenhum problema:</b><br>Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.  |   |       |

Fonte: Machado, 2016, adaptada de Bergstrom et al., 1987. Validada para o Brasil por Paranhos e Santos, 1999.

## ANEXO B – Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

|                              |                               |                                   |                                     |                                     |                                     |                                     |                                      |                        |                                      |                                       |                                    |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Comprimento X Largura</b> | <b>0</b><br>0 cm <sup>2</sup> | <b>1</b><br>< 0.3 cm <sup>2</sup> | <b>2</b><br>0.3-0.6 cm <sup>2</sup> | <b>3</b><br>0.7-1.0 cm <sup>2</sup> | <b>4</b><br>1.1-2.0 cm <sup>2</sup> | <b>5</b><br>2.1-3.0 cm <sup>2</sup> | <b>6</b><br>3.1- 4.0 cm <sup>2</sup> | <b>7</b><br>4.1-8.0 cm | <b>8</b><br>8.1-12.0 cm <sup>2</sup> | <b>9</b><br>12.1-24.0 cm <sup>2</sup> | <b>10</b><br>>24.0 cm <sup>2</sup> |
| <b>Quantidade Exsudato</b>   | <b>0</b><br>Ausente           | <b>1</b><br>Pequena               | <b>2</b><br>Moderada                | <b>3</b><br>Grande                  |                                     |                                     |                                      |                        |                                      |                                       |                                    |
| <b>Tipo de Tecido</b>        | <b>0</b><br>Ferida Fechada    | <b>1</b><br>Tecido Epitelial      | <b>2</b><br>Tecido de Granulação    | <b>3</b><br>Esfacelo                | <b>4</b><br>Tecido Necrótico        |                                     |                                      |                        |                                      |                                       |                                    |

## TABELA DE CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO

- Nome do paciente: \_\_\_\_\_
- Data da avaliação inicial: \_\_\_\_\_
- Número de UP (até 4): \_\_\_\_\_
- Localização e Estágio das UP:

| UP nº 1      |         | UP nº 2      |         | UP nº 3      |         | UP nº 4      |         |
|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| Localização  | Estágio | localização  | estágio | localização  | estágio | localização  | estágio |
| S ( )        | I ( )   | S ( )        | I ( )   | S ( )        | I ( )   | S ( )        | I ( )   |
| M ( )        | II ( )  | M ( )        | II ( )  | M ( )        | II ( )  | M ( )        | II ( )  |
| T ( )        | III ( ) | T ( )        | III ( ) | T ( )        | III ( ) | T ( )        | III ( ) |
| C ( )        | IV ( )  | C ( )        | IV ( )  | C ( )        | IV ( )  | C ( )        | IV ( )  |
| Outra: _____ |         | outra: _____ |         | outra: _____ |         | outra: _____ |         |

S: sacra/ M: maleolar/ T: trocantérica/ C: calcânea

Avalie a UP em intervalos regulares, registrando a data, o número da UP, os subescores de cada característica e o escore total na tabela a seguir, para cada UP avaliada.

| Data             | UP 1 |   |   |   | UP 2 |   |   |   | UP 3 |   |   |   | UP 4 |   |   |   | ... |
|------------------|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|-----|
| UP               | 1    | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 |     |
| Compr. x largura |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |     |
| Qtd. de exsudato |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |     |
| Tipo de tecido   |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |     |
| Escore Total     |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |     |

## GRÁFICO DE CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO

Registre os escores totais do PUSH no gráfico abaixo, conforme a data, utilizando as seguintes cores para cada úlcera: **UP 1** = verde; **UP 2** = vermelho; **UP 3** = azul e **UP 4** = amarelo.

| Data | UP 1 | UP 2 | UP 3 | UP 4 |
|------|------|------|------|------|
| 17   |      |      |      |      |
| 16   |      |      |      |      |
| 15   |      |      |      |      |
| 14   |      |      |      |      |
| 13   |      |      |      |      |
| 12   |      |      |      |      |
| 11   |      |      |      |      |
| 10   |      |      |      |      |
| 9    |      |      |      |      |
| 8    |      |      |      |      |
| 7    |      |      |      |      |
| 6    |      |      |      |      |
| 5    |      |      |      |      |
| 4    |      |      |      |      |
| 3    |      |      |      |      |
| 2    |      |      |      |      |
| 1    |      |      |      |      |
| 0    |      |      |      |      |

Fonte: Machado, 2016, adaptada de NPUAP,1997. Validada para o Brasil por Santos et al., 2005.



## ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido para usuário ou responsável

**Consentimento livre e esclarecido para o usuário ou responsável pelo usuário**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: Avaliação da cicatrização de úlceras por pressão em usuários na atenção domiciliar.

Úlceras por pressão são feridas que surgem na pele em pessoas que ficam muito tempo acamadas ou que possuem dificuldade de movimentação. O objetivo da pesquisa é observar a cicatrização das feridas em usuários acompanhados por um serviço de Atenção Domiciliar.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: será aplicado um questionário com informações sobre sua idade, sexo, estado civil, renda, doenças e medicamentos de uso. Também iremos coletar informações sobre a sua ferida, para isso, o enfermeiro do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), durante a troca do curativo irá observar as características da ferida, e fará a medição da ferida com uso de régua limpa, também realizará um desenho das bordas de sua ferida em papel transparente. As informações sobre a sua ferida serão novamente coletadas em quatro e seis semanas após o início do acompanhamento pelo PAD. É possível que o acompanhamento pelo PAD seja finalizado num período de tempo menor que o da pesquisa, neste caso a enfermeira que desenvolve o estudo fará uma visita domiciliar para coleta. As informações serão coletadas mais de uma vez e com intervalo de tempo de 4 e 6 semanas após o início do acompanhamento para que seja possível comparar as medidas e avaliar a cicatrização da ferida. Também poderão ser coletadas informações sobre o cuidador que realiza o seu curativo.

Entendemos que o benefício de sua participação no estudo é contribuir com mais informações sobre a cicatrização de feridas em usuários acompanhados em domicílio. Pode haver algum desconforto em relação ao tempo para coleta das informações que seria de 15 minutos. A troca do curativo e avaliação da ferida será realizada por profissional enfermeiro do PAD. A sua participação na pesquisa não modifica o atendimento recebido pelo Programa de Atenção Domiciliar (PAD).

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou do atendimento no PAD. As informações serão utilizadas somente para os fins de pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado por sua participação.

Em caso de dúvidas, você poderá solicitar esclarecimentos, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável Lisiane Paskulin pelo telefone: 33085425 ou na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul. Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317; fone: (51)3308 3738) ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (Av. Francisco Trein, 596; fone:(51) 33572000).

Esse documento é elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra aos cuidados da pesquisadora responsável. Os documentos serão guardados por cinco anos e, após, destruídos.

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura ou impressão dactiloscópica \_\_\_\_\_

Nome da pesquisadora: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Assinatura \_\_\_\_\_

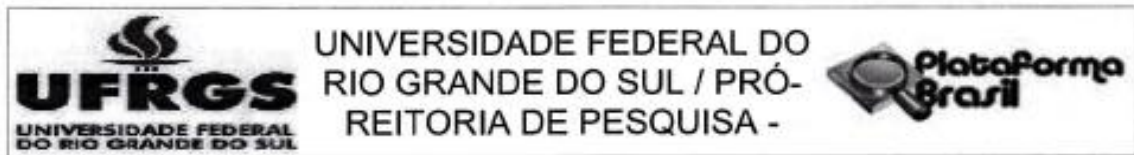
Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**Versão Aprovada em**

11 MAR. 2015  
  
 Daniel Demétrio Faustino da Silva  
 Coordenador-geral do GFP-RHC



ANEXO D – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM USUÁRIOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

**Pesquisador:** Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40080214.7.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 965.082

**Data da Relatoria:** 21/01/2015

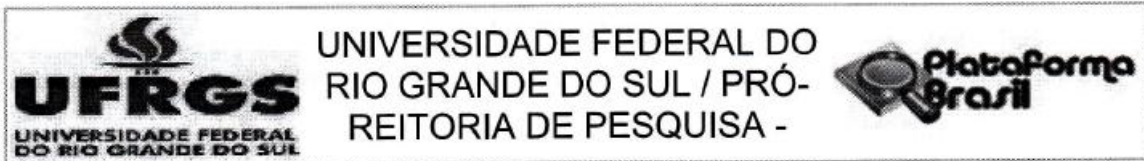
**Apresentação do Projeto:**

Projeto vinculado à Dissertação de Mestrado – PPGENF-UFRGS.

Estudo longitudinal com seguimento de seis semanas a ser realizado no Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Argumenta que o aumento da expectativa de vida e a consequente maior prevalência de usuários com doenças crônicas demandam a necessidade de modalidades de atendimento mais próximas ao domicílio. Nesse contexto surge a Atenção Domiciliar (AD) dentro do Sistema Único de Saúde. Dentro da prática de enfermagem em AD tem se observado maior número de usuários com feridas, principalmente úlceras por pressão (UP). Descreve que a UP é uma lesão de pele e de tecidos adjacentes, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão, combinada, ou não, com o cisalhamento. A pressão é considerada o principal fator causador da UP e consiste na compressão do tecido mole do corpo, gerada entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. O cisalhamento ocorre, em geral, quando o paciente desliza no leito. Nesse momento o esqueleto e os tecidos próximos movimentam-se, mas a pele permanece imóvel. A fricção também pode ser considerada um fator contribuinte à formação de UP. Esta consiste no atrito entre duas superfícies, como quando os usuários são arrastados no leito, por exemplo. Esses

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-080  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 965.082

três fatores são denominados fatores extrínsecos porque são externos às condições de saúde do usuário. A UP é uma lesão de pele e de tecidos adjacentes, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão, combinada, ou não, com o cisalhamento. A pressão é considerada o principal fator causador da UP e consiste na compressão do tecido mole do corpo, gerada entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. O cisalhamento ocorre, em geral, quando o paciente desliza no leito. Nesse momento o esqueleto e os tecidos próximos movimentam-se, mas a pele permanece imóvel. A fricção também pode ser considerada um fator contribuinte à formação de UP. Esta consiste no atrito entre duas superfícies, como quando os usuários são arrastados no leito, por exemplo. Esses três fatores são denominados fatores extrínsecos porque são externos às condições de saúde do usuário. A escala de Braden é a escala mais utilizada no Brasil e é citada pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), órgãos não governamentais responsáveis por emitir diretrizes para prevenção e tratamento da UP. O Protocolo de Prevenção de UP do Ministério da Saúde, o qual faz parte das ações para a segurança do paciente, definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária também recomenda a utilização da Escala de Braden. Essa escala é composta por seis itens que avaliam a percepção sensorial, umidade, atividade física, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **OBJETIVO PRIMÁRIO**

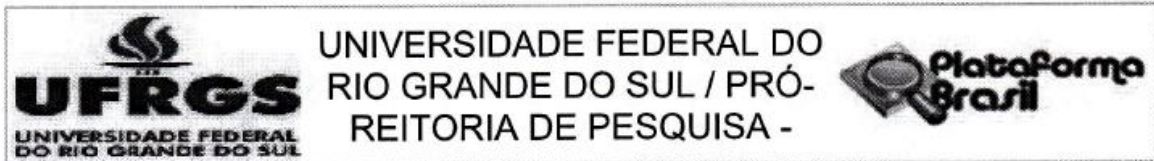
Avaliar o processo cicatricial de UPs categoria II, III e IV em usuários durante seis semanas de acompanhamento por um serviço de Atenção Domiciliar.

##### **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários com UP;
- Descrever o perfil sociodemográfico dos cuidadores principais dos usuários;
- Descrever as variáveis referentes às características do acompanhamento na AD, sendo elas o diagnóstico principal dos usuários, dias de acompanhamento, número de VDs realizadas e desfecho do acompanhamento pelo serviço;
- Identificar usuários com risco para formação de UP;
- Identificar os fatores associados com a formação de UP já descritos na literatura (mobilidade e atividade reduzidas, percepção sensorial alterada, fricção, cisalhamento, umidade, risco nutricional, idade avançada, tabagismo);

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 965.082

- Comparar a cicatrização das UPs no período de realização do estudo. ,

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**BENEFÍCIOS:** contribuir com a assistência de enfermagem por meio da utilização de instrumento padronizado para avaliação das lesões, bem como fornecer informações sobre os usuários com UP acompanhados por serviços de AD.

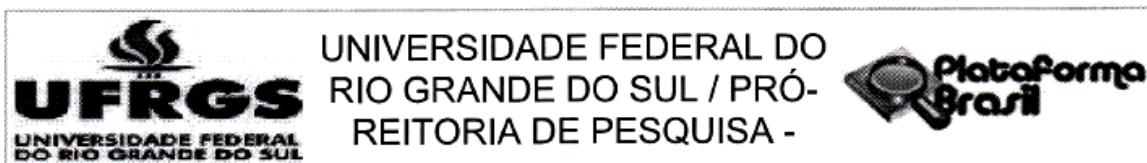
**RISCOS:** pode haver algum desconforto referente ao tempo de dispêndio para coleta de dados (15 minutos) e ao acompanhamento para pesquisa em período superior ao tempo de atendimento pelo PAD. Quanto aos cuidadores, pode haver desconforto em relação ao tempo destinado para coleta de dados, aproximadamente 15 minutos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TIPO DO ESTUDO:** Longitudinal – seguimento de 6 semanas.

**LOCAL DE REALIZAÇÃO:** Junto ao Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC). Esclarece que o PAD/GHC foi implantado em 2004 pelo GHC, na cidade de Porto Alegre/RS, com o objetivo auxiliar na desospitalização de usuários internados nos hospitais do Grupo, acompanhar o usuário em seu domicílio, proporcionar o término do tratamento de saúde e auxiliar na transição dos cuidados do hospital para o domicílio. Os usuários acompanhados pertencem à Zona Norte do município (área de abrangência = 400.000 habitantes) e são encaminhados pelas unidades de internação ou pelos serviços de emergência dos quatro hospitais do GHC(56). Atualmente o serviço possui 23 profissionais dentre eles 6 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 6 médicos, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 2 assistentes sociais, 1 auxiliar administrativo(56). O serviço atua de segunda à sexta-feira com início das atividades às 07:00 e término às 19:00. O PAD/GHC foi habilitado no Programa “Melhor em Casa” no mês de julho do corrente ano e está em fase de transição(4). Até então, o fluxo de atendimento dos usuários iniciava-se pela solicitação da avaliação do PAD/GHC durante a internação hospitalar, por meio de consulta em prontuário eletrônico. Nessa avaliação são observados os critérios de inclusão do usuário no serviço, que envolvem: ter moradia fixa, residir na área de abrangência do PAD/GHC (zona norte de Porto Alegre), possuir diagnóstico e tratamento definidos durante internação hospitalar, quadro clínico estável, e presença de cuidador, em caso de usuários dependentes. O serviço atua por meio de VD semanal realizada por equipe de núcleo mínimo, composta por

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 965.082

médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, apoiada por fisioterapeuta, assistente social e nutricionista. O acompanhamento pelo PAD/GHC se inicia um dia após a alta hospitalar. O PAD/GHC acompanha em média 700 usuários ao ano, entre adultos e crianças. O período previsto para acompanhamento é de trinta dias, com possibilidade de prolongamento conforme as necessidades do usuário. Após a estabilização do quadro clínico e a estruturação dos cuidados, é realizada a alta do Programa e o usuário é novamente vinculado à Unidade Básica de Saúde.

**PARTICIPANTES:** A população do estudo compreende usuários adultos com úlcera de pressão (UP), acompanhados pelo PAD/GHC, e seus cuidadores principais, sendo cuidador principal aquele responsável pela realização do curativo.

A amostra será intencional e composta por 30 usuários. Os usuários que preencherem os critérios de inclusão do estudo serão incluídos sequencialmente após sua admissão no PAD/GHC. Para o cálculo amostral, utilizou-se o estudo de Gunes, pois a investigação avalia a cicatrização por meio da variação do escore na PUSH, escala amplamente utilizada e validada para uso no Brasil. As enfermeiras e bolsistas serão devidamente treinadas pela pesquisadora mestranda para garantia da padronização da coleta de dados. Optou-se por realizar a coleta durante a VD do PAD/GHC em razão do enfermeiro da equipe realizar, como rotina, a avaliação integral do usuário e a troca do curativo semanalmente.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** usuários adultos portadores de UP categorias II, III e IV, conforme a classificação da EPUAP/NPUAP, no momento da admissão no PAD/GHC. Os cuidadores principais dos usuários também serão incluídos, desde que aceitem participar da pesquisa e sejam eles os responsáveis pela troca do curativo.

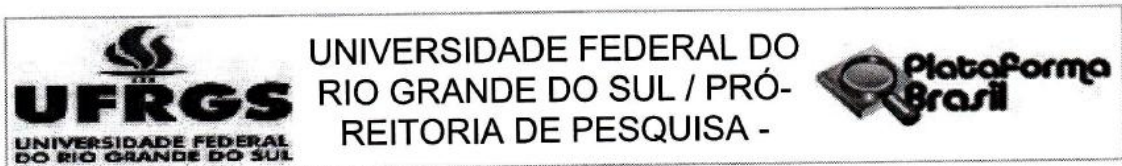
**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** usuários que possuem UP não classificável ou com suspeita de lesão tissular profunda.

**ANÁLISE/TRATAMENTO DOS DADOS:** Estatística descritiva, com lançamento de dados no Programa SPSS versão 18.0. Será adotado como nível de significância  $P < 0,05$ .

**ORÇAMENTO:** Discriminado. Será pleiteado custeio junto a órgãos de fomento.

**CRONOGRAMA:** Devidamente informado.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 965.082

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Anexou parecer consubstanciado da COMPESQ-ENF-UFRGS.
- Anexou declaração de concordância da Instituição proponente - UFRGS.
- Anexou autorização prévia da Instituição de realização - GHC
- Apresenta TCLE, em consonância com a Resolução CNS 466/12.

**Recomendações:**

---

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto contempla prerrogativas da Resolução CNS 466/12.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 26 de Fevereiro de 2015

*Maria da Graça Corso da Motta*

Assinado por:

**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



## ANEXO E – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC)



**HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.**  
Av. Francisco Trevisan, 549  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3367-3500  
CNPJ: 10.757.118/0001-70

**HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**  
Unidade Eletrotécnica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.

**HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.**  
Rua Conceição, 100 - 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3327-4100  
CNPJ: 02.787.178/0001-06

**HOSPITAL FEMINA S.A.**  
Rua Montevideo, 17  
CEP 91400-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3374-0200  
CNPJ: 02.693.134/0001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 11 de março de 2015, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 15026

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

DIANI DE OLIVEIRA MACHADO

LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN

**Título:** Avaliação da cicatrização de úlceras por pressão em usuários na atenção domiciliar.

Documentação: Aprovada

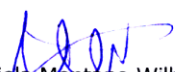
Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 12 de março de 2015.


  
Daniela Montano Wilhelms  
Vice-coordenadora do CEP-GHC

## ANEXO F – Carta de autorização de utilização dos dados

**Carta de autorização de utilização dos dados.**

Eu, Diani Oliveira Machado, pesquisadora do projeto intitulado “Cicatrização de úlceras por pressão em pacientes na atenção domiciliar”, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) sob número 965082 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) sob número 15026 como instituição coparticipante no projeto. Autorizo Vanessa Folador CPF nº 01164367005, número de matrícula UFRGS 00217893, a utilizar informações referentes aos usuários admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (SAD/GHC), obtidas por meio de coleta dos dados disponíveis no prontuário do serviço e visita domiciliar, do banco de dados da referida pesquisa para o seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em enfermagem da UFRGS, durante o período de março de 2016 a dezembro de 2016, sob orientação da Professora LisianeManganelliGirardiPaskulin.

Porto Alegre, 22 de março de 2016.



---

Diani Oliveira Machado.

ANEXO G – Aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ENF)

|   |  |                        |   |                               |            |
|---|--|------------------------|---|-------------------------------|------------|
| <b>Projeto Nº:</b>  | 31631  | <b>Título:</b>         | PERFIL DOS USUARIOS COM LESOES POR PRESSAO ADMITIDOS EM UM SERVICIO DE ATENCAO DOMICILIAR |                               |            |
| <b>Área de conhecimento:</b>  | Enfermagem de Saúde Pública  | <b>Início:</b>         | 14/08/2016  | <b>Previsão de conclusão:</b> | 31/12/2016 |
| <b>Situação:</b>  | Projeto em Andamento   |                        |   |                               |            |
| <b>Origem:</b>  | Escola de Enfermagem<br>Departamento de Assistência e Orientação Profissional  | <b>Projeto Isolado</b> |   |                               |            |
| <b>Local de Realização:</b>   | não informado  |                        |   |                               |            |
| <b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b> |  |                        |   |                               |            |
| <b>Objetivo:</b>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos usuários com lesões por pressão admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição(SAD/GHC).</p> </div> |                        |   |                               |            |

**Chave:**

ÚLCERA POR PRESSÃO;ENFERMAGEM;ATENDIMENTO DOMICIAR

**FRGS:**

**Nome:** LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN  
 Coordenador - Início: 14/08/2016 Previsão de término: 31/12/2016  
**Nome:** VANESSA FOLADOR  
 Técnico: Auxiliar de Campo - Início: 14/08/2016 Previsão de término: 31/12/2016

**s:**

**Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 16/08/2016** [Clique aqui para visualizar o parecer](#)



## Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores.
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados**.
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras. Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, \*, etc.) e alíneas [a), b), c)...).
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais 4500 palavras).
10. No texto, substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto e eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com...".
11. As referências devem seguir o estilo *Vancouver* e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores