

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAÍSA VALÉRIA MORO

Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em risco e o cuidado no
domicílio após a alta hospitalar

Ribeirão Preto
2015

JAÍSA VALÉRIA MORO

Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em risco e o cuidado no domicílio
após a alta hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moro, Jaísa Valéria

Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em risco e o cuidado no domicílio após a alta hospitalar. Ribeirão Preto, 2005.

105 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

1. Úlcera por Pressão. 2. Prevalência. 3. Assistência Domiciliar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jaísa Valéria Moro

Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em risco e o cuidado no domicílio após a alta hospitalar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do grau de mestre.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. : _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Cida, que não mediu esforços para investir na minha formação e me deu todo apoio necessário para seguir nesta jornada. Você sempre será meu porto seguro e palavras não conseguem expressar minha gratidão.

Ao meu pai Elber, que sempre esteve ao meu lado em todas as conquistas, pelas palavras de incentivo e pelo exemplo de superação, que me deu motivação para seguir em frente. (*In memoriam*)

Ao meu noivo Carlos, que compartilha comigo da paixão pela profissão e do dom de cuidar. Obrigada por entender minhas ausências e por todo amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida abençoada.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri, pela paciência, disponibilidade e apoio. Sinto-me privilegiada por poder contar com sua sabedoria, que muito contribuiu para o meu crescimento profissional desde a graduação.

Às Profas. Dras. Cinira Magali Fortuna e Sueli Marques pelas valiosas sugestões na ocasião do Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Miyeko Hayashida pelo apoio técnico na elaboração do banco de dados e análises estatísticas.

À Profa. Emília Maria Paulina Campos Chayamiti, pela contribuição na elaboração do projeto e conclusão do trabalho.

Aos colegas Rodrigo Magri Bernardes e Lilian Castilho Siqueira, pelo apoio e colaboração.

Aos colegas da Secretaria de Saúde de Itatiba, especialmente à equipe do SAD pelo apoio.

À minha prima Cleoseni, que gentilmente conferiu a escrita com paciência e dedicação.

Aos participantes desta pesquisa, que forneceram subsídios para a finalização deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos que toleraram minha ausência em vários momentos e finalmente, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

MORO, J. V. **Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em risco e o cuidado no domicílio após a alta hospitalar.** 2015. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Pacientes hospitalizados que têm risco para Úlcera por Pressão (UP) ou já apresentam o problema, após a saída do hospital, necessitam de cuidados domiciliares para manejo da situação. Atenção Domiciliar (AD), no âmbito do Sistema Único de Saúde, é uma modalidade de atenção à saúde em que um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, pode permitir a continuidade de cuidados. Este estudo é transversal, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Os objetivos foram: descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes que tinham risco para UP e que receberam alta de um hospital de urgência; identificar o nível de risco para UP após a saída do hospital; identificar a prevalência de UP, as características da lesão e o contexto do cuidado domiciliar. A coleta de dados foi realizada no domicílio no segundo mês após a alta. Participaram da pesquisa 23 pacientes, idade média de 50,07 anos, cor branca, maior frequência do sexo feminino, procedentes de Ribeirão Preto. Maioria pensionista, casada, com renda familiar mensal de um a dois salários mínimos, morando com esposo e filhos. O problema de saúde mais frequente foi trauma de crânio, seguido por acidente vascular cerebral. Dentre os que necessitavam de algum cuidado no domicílio, os cuidadores principais eram esposos (45%). A média dos escores da Escala de Braden para 13 pacientes em risco para UP foi 15,46 enquanto para 10 sem risco foi 22. Dentre os pacientes em risco houve predomínio dos idosos (61,5%). A prevalência de UP foi 21,7%, e das oito UP, 50% localizavam-se na região sacral. Em relação ao contexto do cuidado no domicílio, dos 21 pacientes que receberam encaminhamentos após a alta, 18(78,3%) eram acompanhados nos serviços de saúde. Dezesesseis pacientes (69,5%) referiram ter recebido orientações sobre a prevenção da UP durante a internação. No domicílio, nove pacientes recebiam AD com Visita Domiciliar (VD), e desses, seis tinham risco para UP e quatro apresentavam a lesão. Um paciente com UP e residente em outro município não recebia AD. Em 44,4% dos casos, as VD foram realizadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médico. Quanto às medidas de prevenção, em todos os pacientes em risco era realizada mudança de decúbito, oito (61,5%) realizavam alívio da pressão quando sentados, quatro (30,8%) usavam almofada para sentar-se, sete (53,8%) faziam alívio da pressão dos calcâneos e três (23,1%) usavam lençol móvel para movimentação no leito. Dos oito pacientes em risco que não tiveram UP durante a internação, nenhum desenvolveu úlcera após a alta. Conclui-se que os escores da Escala de Braden permitem a detecção da vulnerabilidade dos pacientes para UP e apontam para a necessidade de AD para favorecer a continuidade do cuidado após a alta. Por outro lado, existe a necessidade de melhorar as orientações para o cuidado preventivo no ambiente hospitalar; e a criação de mecanismos de comunicação entre os serviços para facilitar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Prevalência. Assistência Domiciliar.

SUMMARY

MORO, J. V. **Prevalence of pressure ulcer in patients at risk and home care after hospital discharge**. 2015. 105f. Dissertation (Master's degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Hospitalized patients at risk of developing pressure ulcers (PU) or who already present the problem need home care for managing the situation after hospital discharge. In the scope of the Brazilian Unified Health System, home care consists of a type of health care in which a set of actions for health promotion, prevention and treatment of diseases, and rehabilitation can allow for the continuation of care. This cross-sectional study, with a quantitative approach, was approved by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto College of Nursing. Its objectives were to describe the sociodemographic and health profile of patients who presented risk for developing PU and who had been discharged from an emergency hospital; to identify the level of risk for PU after hospital discharge; and to identify the prevalence of PU, the characteristics of the lesion and the home care context. Data were collected at the patients' homes in the second month following discharge. Study participants were 23 patients, mean age of 50.07 years, Caucasian, mostly female, from Ribeirão Preto. Most participants were pensioners, married, with a monthly family income of one to two minimum wages, who lived with the spouse and children. The most frequent health problem was craniocerebral trauma, followed by stroke. Among those who needed home care, the main caregivers were the spouses (45%). The mean of the Braden scale scores for 13 patients at risk for PU was 15.46, whereas the mean for 10 patients without risk was 22. Among the patients at risk, most were older adults (61.5%). The prevalence for PU was 21.7%, and of the eight PU identified, 50% were in the sacral region. Regarding the home care context, of the 21 patients who had referrals after discharge, 18 (78.3%) were followed-up in health services. Sixteen patients (69.5%) reported receiving instructions for preventing PU during hospitalization. At home, nine patients received home care with home visits, and of these, six presented risk for PU and four already presented the lesion. A patient with PU and who lived in another city did not receive home care. In 44.4% of the cases, home visits were performed by nurses, nursing aides, and physicians. Regarding preventive measures, all patients at risk performed decubitus changes, eight (61.5%) relieved the pressure while sitting, four (30.8%) used a cushion to sit, seven (53.8%) relieved calcaneal pressure, and three (23.1%) used a mobile sheet for moving on the bed. Of the eight patients at risk and who did not have PU during hospitalization, none developed pressured ulcer after discharge. In conclusion, the Braden scale scores allow for the detection of the vulnerability of patients to PU and point to the need for home care to favor the continuation of care after discharge. Nonetheless, it is necessary to improve the instructions for preventive care in the hospital environment, and to create communication mechanisms among the services to facilitate the continuation of care and patient safety.

Key words: Pressure ulcer. Prevalence. Home nursing.

RESUMEN

MORO, J. V. **Prevalencia de úlcera por presión en pacientes en riesgo y cuidado en domicilio luego del alta hospitalaria.** 2015. 105f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Los pacientes internados que observan riesgo de Úlcera por Presión (UP) o ya presentan el problema, necesitan de cuidado domiciliario luego del alta hospitalaria para el manejo de la situación. La Atención Domiciliaria (AD), en el marco del Sistema Único de Salud, es una modalidad de atención de salud en la que un conjunto de acciones de promoción sanitaria, prevención y tratamiento de enfermedades y rehabilitación, hace posible la continuidad del cuidado. Estudio transversal, con abordaje cuantitativo, aprobado por Comité en Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Se objetivó describir el perfil sociodemográfico y de salud en pacientes bajo riesgo de UP que recibieron alta de un hospital de emergencia; identificar el nivel de riesgo de UP luego de la salida del hospital; identificar la prevalencia de UP, características de la lesión y marco de cuidado domiciliario. Datos recolectados en domicilio, en el segundo mes luego del alta. Participaron de la investigación 23 pacientes, media etaria de 50,07 años, raza blanca, prevalencia de sexo femenino, procedentes de Ribeirão Preto. Mayoría de pensionistas, casadas, ingreso medio mensual de uno a dos salarios mínimos, viviendo con esposo e hijos. El problema de salud más frecuente fue traumatismo de cráneo, seguido de accidente cerebrovascular. Para los que necesitaban cuidados domiciliarios, los cuidadores eran principalmente esposos (45%). El promedio de puntajes de la Escala de Braden en 13 pacientes bajo riesgo de UP fue 15,46, mientras que para 10 sin riesgo fue 22. Entre los pacientes con riesgo predominaron ancianos (61,5%). La prevalencia de UP fue del 21,7%, y de las 8 UP, 50% correspondían a la región sacra. Respecto del marco del cuidado domiciliario, de los 21 pacientes con derivación después del alta, 18 (78,3%) eran seguidos en los servicios de salud. Dieciséis pacientes (69,5%) refirieron haber recibido indicaciones sobre prevención de UP durante la internación. En domicilio, nueve pacientes recibían AD con Visita Domiciliaria (VD); de ellos, seis corrían riesgo de UP y cuatro presentaban la lesión. Un paciente con UP residente en otro municipio no recibía AD. En el 44,4% de los casos, las VD fueron realizadas por enfermeros, auxiliares de enfermería y médico. Sobre las medidas preventivas, en todos los pacientes con riesgo se practicaba cambio de decúbito; ocho (61,5%) aliviaban la presión al sentarse, cuatro (30,8%) utilizaban almohadón para sentarse, siete (53,8%) hacían alivio de presión en talones, y tres (23,1%) utilizaban sábana móvil para acomodarse en la cama. Ninguno de los ocho pacientes en riesgo de UP durante la internación desarrolló úlcera luego del alta. Se concluye en que los puntajes de la Escala de Braden permiten la detección de la vulnerabilidad del paciente a la UP y determinan la necesidad de AD para satisfacer la continuidad de cuidados luego del alta. Por otra parte, existe necesidad de mejorar las indicaciones de cuidado preventivo en el ámbito hospitalario; y deben crearse mecanismos de comunicación entre los servicios para facilitar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Úlcera por Presión; Prevalencia; Atención Domiciliaria de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes quanto à faixa etária.....	43
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto à cor da pele.....	43
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a procedência.....	44
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade, profissão e ocupação atual.....	45
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil, as pessoas com que dividem a residência, a renda familiar e o cuidador principal.....	46
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com as morbidades referidas.....	47
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes acamados segundo o fator que os levou à restrição (n=8).....	48
Tabela 8 – Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de medicamento utilizado diariamente (n=18).....	49
Tabela 9 – Distribuição dos pacientes quanto ao motivo, local e tempo da 1ª e da 2ª internação hospitalar.....	50
Tabela 10 – Distribuição dos pacientes de acordo com o motivo da internação na UE.....	51
Tabela 11 – Distribuição dos pacientes de acordo com a categoria de risco pelo score da Escala de Braden.....	52
Tabela 12 - Distribuição dos pacientes quanto aos valores das subescalas de Braden.....	53
Tabela 13 – Comparação do score total da Escala de Braden e os subescores, considerando os pacientes em risco e sem risco para UP.....	55
Tabela 14 – Distribuição da idade dos pacientes em risco e sem risco para UP.....	55

Tabela 15 – Distribuição dos pacientes segundo o risco para UP pela Escala de Braden e a ocorrência da UP.....	56
Tabela 16 – Comparação do escore total da Escala de Braden e dos subescores dos pacientes, considerando a presença de UP.....	56
Tabela 17- Distribuição da classificação das UP de acordo com o local.....	57
Tabela 18 – Distribuição da terapia tópica utilizada segundo a classificação das úlceras por pressão.....	57
Tabela 19 – Distribuição das úlceras por pressão em relação à classificação (estágio), localização e tempo de lesão em semanas.....	58
Tabela 20 – Distribuição dos pacientes em relação à perda de peso recente e ocorrência de UP.....	58
Tabela 21 – Distribuição da frequência das orientações para a prevenção da UP recebidas pelos pacientes/cuidadores durante a internação (n=16).....	59
Tabela 22 – Distribuição dos pacientes em risco e sem risco para UP e a condição de serem acamados.....	61
Tabela 23 – Distribuição dos pacientes quanto ao risco para UP e o uso de medidas para prevenção.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de seleção dos pacientes.....	37
--	----

LISTA DE SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AE	Auxiliar de Enfermagem
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CBO	Classificação Brasileira das Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IMC	Índice de Massa Corporal
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPPIA	Pan Pacific Injury Alliance
RAA	Região Autónoma dos Açores
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAME	Serviço Médico e de Estatística
SPSS	Statistic Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Trauma Crânio-encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

UE	Unidade de Emergência
UP	Úlcera por Pressão
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1 Atenção Domiciliar.....	18
1.2 Úlcera por Pressão e o acompanhamento de pacientes em domicílio.....	22
2 OBJETIVOS	33
3 MATERIAL E MÉTODOS	35
3.1 Tipo de Estudo.....	35
3.2 Caracterização do local de coleta de dados.....	35
3.3 População.....	35
3.4 Aspectos éticos.....	37
3.5 Instrumentos.....	37
3.6 Procedimentos para a coleta de dados.....	38
3.7 Análises dos dados.....	39
4 RESULTADOS	42
5 DISCUSSÃO	64
6 CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	93
ANEXOS	103

APRESENTAÇÃO

Desde o início da graduação, tenho tido um grande interesse pelo cuidado de pacientes em risco para úlcera por pressão e com feridas crônicas, pois acredito que tal cuidado resulte em importantes ações no trabalho do profissional de enfermagem, fazendo parte de seu cotidiano.

Esse interesse iniciou-se no curso de bacharelado em enfermagem, quando desenvolvi projeto de iniciação científica com a pesquisa intitulada “Experiências de docentes de enfermagem relacionadas ao processo ensino-aprendizagem da assistência a pessoas com feridas crônicas e a viabilidade do uso do TelEduc como ferramenta de apoio”, sob a orientação do Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri.

Depois de graduada, participei de um Programa de Residência Multiprofissional na cidade de Campinas-SP, onde pude trabalhar com pacientes com feridas de diferentes etiologias, principalmente úlceras por pressão e úlceras vasculares. Atuei em um hospital em diversas unidades de internação, em uma unidade básica de saúde e em serviço de atendimento domiciliar. O contato com profissionais de enfermagem especializados no tratamento de feridas, principalmente durante as visitas domiciliares, situação na qual o enfermeiro é responsável por atuar na prevenção e por orientar os cuidadores na realização dos curativos, motivou-me ainda mais a dar continuidade aos estudos dessa temática na Pós-Graduação.

Atualmente trabalho no Serviço de Atendimento Domiciliar da Secretaria Municipal de Itatiba – SP. A assistência é feita a 220 pacientes em média, cadastrados no serviço, havendo uma alta rotatividade devido ao grande número de óbitos e novas admissões. A maioria dos pacientes são idosos, acamados, passando a maior parte do dia na posição deitada ou com grandes dificuldades de locomoção. A presença de úlcera por pressão é frequente, sendo grande parte da assistência de enfermagem relacionada ao cuidado com as úlceras já existentes, pois, como quase todos os pacientes são encaminhados após a alta hospitalar, eles frequentemente chegam ao domicílio com as lesões desenvolvidas no hospital.

Tenho um grande interesse em investigar formas que auxiliem os cuidadores e os próprios pacientes na prevenção dessas úlceras e no tratamento precoce, o contexto da ocorrência da UP e a transição do paciente do hospital para o domicílio.

Assim propus um projeto de investigação, que está inserido em um trabalho mais amplo, iniciado com a avaliação da prevalência de UP nos pacientes internados em um Hospital de Emergência, bem como com o estudo dos fatores de risco.

Essa pesquisa tem seguimento com a avaliação dos pacientes em seus domicílios, no segundo mês após a saída do hospital.

Introdução e Revisão da Literatura

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

As Doenças Crônicas estão relacionadas a múltiplas causas de acordo com o tempo, estilo de vida, exposição a fatores ambientais e fatores fisiológicos. Elas se caracterizam por início gradual, geralmente sem cura. Com o passar do tempo, podem ocorrer períodos de agudização, quando há a possibilidade de gerar incapacidades (BRASIL, 2013a). Com a atual transição demográfica e o envelhecimento da população, as doenças crônicas também estão em ascensão, principalmente as doenças do aparelho circulatório, que vêm aumentando consideravelmente e constituindo a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo atualmente (BRASIL, 2011a), bem como o aumento do número de pacientes acamados por sequelas dessas agudizações.

O Ministério da Saúde, por meio do “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis” (DCNT), além de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para a prevenção e controle das DCNT, também almeja fortalecer os serviços de saúde na atenção aos que já são portadores dessas patologias.

Pacientes com DCNT, como câncer, doenças cardiovasculares (Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto, Trombose) e doenças respiratórias, têm grande chance de passar a fase final da vida restritos ao leito. Levando-se em conta que o modelo predominante de atenção à saúde no Brasil sempre foi centrado no hospital e no saber médico (BRASIL, 2013a), esses pacientes incapazes de deambular muitas vezes ficam internados em hospitais e clínicas e são suscetíveis a complicações, o que pode diminuir a qualidade de vida e até mesmo o período de sobrevida.

1.1. Atenção Domiciliar

O plano de ações para o enfrentamento de DCNT, publicado em 2011 pelo Ministério da Saúde, traz como uma das principais ações a Linha de Cuidado, na qual devem ser implantados protocolos com base nas evidências de custo-efetividade, vinculando o paciente ao cuidador e à equipe da Atenção Básica,

favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção (BRASIL, 2011a).

Visando atender as necessidades dos pacientes que não têm condições de se locomoverem até a Unidade Básica de Saúde (UBS) para receberem atendimento, a Atenção Domiciliar (AD) surgiu como alternativa ao cuidado hospitalar, tornando possível que o domicílio se transforme em espaço para a produção do cuidado, possibilitando novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Além disso, possibilita a otimização de recursos, diminuindo o tempo de hospitalização de pacientes internados e evitando hospitalizações desnecessárias, com o apoio das equipes de atenção básica no cuidado, tornando-o mais humanizado e favorecendo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Essa categoria de cuidado é uma potente ferramenta de reorganização da rede de saúde, que promove o estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde, o paciente e a família, melhorando, assim, a qualidade de vida e conforto.

Assim, a AD passa a ter mais reconhecimento, com ampliação do atendimento às pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisam de cuidados regulares, porém sem a necessidade de internação hospitalar.

Os princípios da AD são a abordagem integral à família, o consentimento da família, a participação do usuário, a existência de um cuidador, o trabalho em equipe interdisciplinar e o estímulo a redes de solidariedade.

O cuidador é a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, com a orientação da equipe de saúde. Cabe a essa pessoa realizar o cuidado corporal, alimentação, movimentação do paciente no leito e entre os cômodos do domicílio, administração de medicamentos, realização dos curativos, sendo o elo entre o usuário, a família e a equipe de saúde (BRASIL, 2013b).

A AD, no âmbito do SUS, foi instituída através da Portaria nº2029, de 24 de agosto de 2011, quando houve intenso incentivo financeiro a nível nacional pela primeira vez no país. Foi então definida como modalidade de atenção substitutiva ou complementar.

Outro marco que representa o compromisso com o processo de cuidar no domicílio foi a Portaria nº2527, de 27 de outubro de 2011, na qual foi redefinida a AD. Além disso, em novembro de 2011 foi lançado pelo Governo Federal o

Programa Melhor em Casa, que beneficia programas municipais de AD (BRASIL, 2012).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 963 de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b) redefine novamente a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita a ampliação do recorte populacional dessa modalidade de atenção nos municípios elegíveis, propiciando a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD. Essa portaria define a AD como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Também estabelece normas de cadastro para os Serviços, e suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e de Apoio (EMAD/EMAP).

A Atenção Domiciliar no SUS possui atualmente três modalidades: a AD1, que dispõe ações necessárias aos usuários com problemas de saúde controlados e compensados, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e necessidade de recursos de saúde; a AD2, recomendada para usuários em condições clínicas mais agudas, com dificuldade de locomoção, que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento; a AD3, indicada para usuários que, além das condições previstas para a AD2, requerem o uso contínuo de equipamentos para oxigenoterapia, suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2013b).

Pires et al. (2013), em estudo desenvolvido em Belo Horizonte com usuários de AD de duas UBS e seus cuidadores, buscaram identificar as variáveis que influenciavam a classificação do tipo de AD demandada pelos mesmos. A partir da revisão da literatura sobre instrumentos de avaliação de usuários predominantes na AD como idosos, hipertensos ou acamados, definiram que a abordagem deveria incluir três dimensões quais sejam: o contexto social e familiar do usuário; o grau de dependência para as atividades diárias; e o risco para a UP e a anamnese e a clínica do usuário. Utilizando o questionário, a coleta de dados foi realizada nos domicílios de 114 usuários dos quais 73,6% foram classificados em AD1 e 26,3% em AD2. Identificaram que 47 (41,2%) tinham risco para UP e que 66 (57,9%) eram

dependentes de outras pessoas para realizarem as atividades da vida diária (AVD). Utilizando análise de regressão logística, concluíram que as variáveis que influenciaram significativamente a classificação de AD2 foram: a idade entre 60 e 80 anos, o grau de comprometimento clínico, o estado emocional triste, o risco para UP, a semidependência para as Atividades da Vida Diária (AVD) e a presença de rampas no domicílio (denotando adaptação pela família para atender o usuário com comprometimento físico).

O SAD de Ribeirão Preto tem como população-alvo pessoas com dependência total ou parcial, pessoas que necessitam de cuidados especiais que possam ser desenvolvidos no domicílio, pessoas com doenças transmissíveis que necessitam de cuidados específicos e educação em saúde e pessoas consideradas em iminência de risco ou agravo à saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

O SAD pode receber a solicitação para visita domiciliar preenchida por qualquer profissional de saúde, e depois de confirmado se o paciente pertence à área de abrangência, se faz acompanhamento médico, quais os procedimentos necessários e medicamentos utilizados, presença do cuidador e se tem mínimas condições de moradia e higiene, é realizada uma visita pelo enfermeiro, quando será decidido se há ou não indicação de cadastro no SAD. Quando o paciente estiver internado, o enfermeiro do SAD planejará visita ao hospital para conhecer o paciente e suas condições clínicas (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Partindo da constatação em pesquisas anteriores (FAUSTINO, 2008; CHAYAMITI, 2008) de que, pacientes em risco para desenvolverem UP ou apresentando a lesão, recebem alta hospitalar e vão para o domicílio, esse estudo foi planejado para responder aos seguintes questionamentos:

- Os pacientes atendidos em um hospital de urgência que tinham risco para UP durante a hospitalização permanecem em risco após a alta hospitalar?
- Qual é o perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes?
- Qual é o risco dos pacientes, a prevalência e as características das UP na avaliação no segundo mês após a alta hospitalar?
- Qual o contexto de assistência no domicílio?

1.2. Úlcera por Pressão e o acompanhamento de pacientes em domicílio

A Úlcera por Pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (SANTOS; CALIRI, 2007). A UP pode ocorrer em pacientes em atendimento domiciliar que apresentam mobilidade reduzida, alterações da percepção sensorial e da circulação periférica, níveis de consciência alterados, incontinência urinária e fecal, nutrição deficiente e imunodeprimidos (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Muitas vezes as úlceras se iniciam durante a internação em pacientes acamados por longo período de tempo e persistem após a alta hospitalar (RABEH, 2007).

As úlceras por pressão são classificadas conforme os tecidos acometidos, tendo relação com a profundidade da lesão. O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) traz a classificação aceita atualmente em categorias (antigamente em graus ou estágios) para estadiamento das úlceras por pressão (SANTOS; CALIRI, 2007):

- Suspeita de lesão tissular profunda: área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole, decorrente de dano por pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido subjacente.
- Categoria I: Pele intacta com hiperemia de uma área que não embranquece, geralmente sobre uma proeminência óssea.
- Categoria II: Perda parcial da espessura dérmica, úlcera superficial com o leito de coloração vermelho-pálida, sem esfacelo, ou ainda uma bolha de exsudato seroso.
- Categoria III: Perda de tecido em sua espessura total, com presença de tecido subcutâneo, sem exposição de osso, tendão ou músculo.
- Categoria IV: Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão, geralmente com descolamento ou túneis.

- Úlceras que não podem ser classificadas: perda total do tecido (a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara no leito da lesão).

Desde a década de 90, existem diretrizes internacionais com recomendações para a prevenção e tratamento da úlcera por pressão nos serviços de saúde que incluem também os serviços de atenção domiciliar. Tanto as diretrizes da associação norte-americana de enfermeiros especialistas em feridas, estomias e incontinências, *Wound, Ostomy and Continence Nurses* (WOCN, 2010), como as diretrizes do *National Pressure Ulcer Advisory Panel/ European Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP/EPUAP, 2009) estabelecem que os pacientes hospitalizados e os em assistência domiciliar precisam ser avaliados quanto ao risco para UP, utilizando um instrumento como a Escala de Braden, e que a prevenção deve ser iniciada precocemente. Destacam também que a reavaliação deve ser feita sempre que houver mudança na condição do paciente o que pode incluir a transferência do local de cuidado de um serviço para outro. Pacientes que apresentam risco elevado para UP, como indivíduos com lesão de medula espinhal, idosos com fratura de fêmur e aqueles com condições crônicas que apresentam mobilidade reduzida e/ou alterações da percepção sensorial, frequentemente transitam entre os serviços hospitalares e de atenção domiciliar, seja para tratamento das crises que exigem internação ou para procedimentos cirúrgicos. Essa situação de transição pode contribuir para a ocorrência da UP quando não há um seguimento dos cuidados ou se há falhas na comunicação entre as equipes de saúde dos diferentes serviços.

Estudos realizados em Ribeirão Preto têm apontado para a necessidade de integração entre os serviços de saúde do município quando o paciente tem risco ou tem a UP e necessita de cuidados domiciliares após a alta hospitalar (CHAYAMITI, 2008; FAUSTINO, 2008; GONZALES; VILLA.; CALIRI, 2001; NOGUEIRA, 2005; RABEH, 2007; SARTORI, MELO, 2002).

No Brasil, encontramos poucos estudos que abordam especificamente a temática úlcera por pressão em indivíduos em assistência domiciliar.

Chayamiti (2008) realizou estudo descritivo e transversal com 47 pacientes acamados ou restritos a cadeira, atendidos em domicílio pelas equipes de cinco Núcleos de Saúde da Família em um Distrito de saúde do município de Ribeirão Preto. Investigou características sociodemográficas e clínicas, o risco para UP e a

prevalência da lesão, as características das úlceras, assim como o uso e adequação das medidas utilizadas para prevenção da UP. Os pacientes tinham entre 21 e 91 anos, sendo 76,7% com mais de 60 anos, 85% brancos e 91,5% dependentes de cuidadores. Trinta e três pacientes (70,2%) apresentavam risco para úlcera por pressão na avaliação pela Escala de Braden. Nove pacientes apresentavam UP com a prevalência de 19,1% e a média de 1,88 UP por paciente. Identificou-se que, à medida que aumentava o escore da Escala de Braden, havia menor número de pacientes com UP. Das 17 úlceras, seis (35,3%) estavam no estágio I, quatro (23,5%) no estágio II, duas (11,8%) no estágio III e cinco (29,4%) no estágio IV. As regiões anatômicas com maior frequência de úlceras foram trocânter do fêmur (29,4%) e calcâneo (23,5%). A maior parte das UP haviam surgido nos quatro meses que antecederam a pesquisa. Em relação ao tratamento, 29,4% citaram o uso de pomada com antibiótico, medida desnecessária e contraindicada. O estudo identificou ainda, que embora 70% dos pacientes tivessem risco para a UP, as medidas básicas preconizadas para a prevenção não eram muito utilizadas. Para 19 (40,4%) não era realizada a mudança de decúbito, 21(44,7%) não faziam a descompressão isquiática quando sentados em cadeira, 21(44,7%) não usavam travesseiro ou almofada na região das panturrilhas para aliviar a pressão na região dos calcâneos e 18 (38,3%) não faziam uso de almofada no assento da cadeira. A autora do estudo destacou que os serviços de saúde não podem transferir a responsabilidade do cuidado de pacientes acamados ou com restrição de mobilidade para as famílias. Enfatizou ainda que muitas vezes a situação domiciliar é complexa, e os cuidadores não estão preparados para assumir essa tarefa, necessitando de educação para o cuidado adequado (CHAYAMITI, 2008).

Outro estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido por Silva et al. (2009), visou identificar o conhecimento dos cuidadores domiciliares sobre UP, os cuidados que prestavam para a prevenção, e os fatores que dificultavam e que facilitavam a assistência aos indivíduos sob seus cuidados. Tal estudo foi realizado com sete cuidadores de pacientes com mobilidade física prejudicada e com risco de desenvolver UP, segundo a Escala de Braden (com escore inferior ou igual a 14), e que eram atendidos em uma UBS do município de Sobral, no Ceará. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática. O estudo revelou que a maioria dos cuidadores

eram mulheres com idade entre 41 e 68 anos, que não exerciam nenhuma atividade profissional e não tinham nenhuma remuneração salarial. Quatro não sabiam o que era UP, e as que sabiam não tinham informações sobre prevenção e tratamento de UP. Também não sabiam identificar os sinais de aparecimento de UP. Como obstáculo para o cuidado foi mencionado o peso dos pacientes e, como facilitadores, o amor e o carinho. Os autores concluíram que o paciente acamado requer cuidados relativos à prevenção da UP e que cabe à enfermagem avaliar e gerenciar as necessidades dos pacientes e cuidadores, o que poderá contribuir para a promoção da assistência qualificada, e possibilitando ao cuidador autonomia na realização dos cuidados (SILVA et al., 2009).

Bezerra (2010), em estudo realizado na cidade de Teresina, no Piauí, com 102 pacientes acamados e cadastrados na Estratégia Saúde da Família, identificou que 79,4% estavam na faixa etária de 60 anos ou mais, 70,6% estavam em risco pela Escala de Braden e 23,5% tinham UP. Em relação ao local anatômico da UP, 79,4% situavam-se na região sacrococcígea e 62,5% em estágio IV. Os pacientes com UP estavam acamados por tempo maior (média de 8,79 anos, DP 10,09) do que os pacientes sem UP (média de 5,82 anos, DP 6,54), porém a diferença não foi estatisticamente significativa.

Em João Pessoa, na Paraíba, uma pesquisa realizada em 2011 buscou caracterizar o perfil dos idosos com limitação física, avaliar a sua capacidade funcional, com base na mobilidade física, estado cognitivo e nível de independência funcional para as atividades da vida diária, e relacionar a capacidade funcional com o risco de desenvolver UP (AGUIAR et al., 2012). Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, do tipo inquérito domiciliar com idosos com idade igual ou superior a 60 anos. De uma amostra de 240 indivíduos, foram identificados 51 idosos com limitações físicas. Foram realizadas duas etapas para a coleta dos dados. Primeiramente foi realizada uma entrevista com o idoso ou seu cuidador. Os idosos com declínio de mobilidade física foram identificados por um instrumento elaborado por membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo Miniexame do Estado Mental, e por um instrumento que foi elaborado pelas pesquisadoras. Na segunda etapa do estudo, uma nova entrevista foi realizada para avaliar a capacidade funcional do idoso e o risco para o desenvolvimento de UP, seguida de

exame minucioso da pele para identificação e classificação da lesão. A maioria (56,9%) dos participantes da pesquisa era do sexo feminino, com a idade média de 80,51 anos, sendo as patologias de maior frequência a hipertensão arterial (51%), a audição ou visão prejudicada (43,1%) e a incontinência urinária ou fecal (43,1%). Idosos com 80 anos ou mais eram o grupo com maior comprometimento, conforme as variáveis limitação física, estado cognitivo e independência funcional para atividades da vida diária. Nesse grupo, 56,9% não conseguiam deambular e 33,3% tinham grande dificuldade para deambular. Pelo índice de Katz (escala que avalia seis funções e atividades cotidianas: a alimentação, a continência, a locomoção, o uso do banheiro, o vestir e o banho), 54,9% dos idosos eram totalmente dependentes para as atividades da vida diária. Com o Miniexame do Estado Mental, o número de idosos com déficit cognitivo foi maior entre os idosos de 80 anos ou mais. Foi encontrada relação entre o nível de dependência funcional dos idosos e a presença do cuidador. Pela Escala de Braden, 26 idosos (49%) apresentavam algum nível de risco para UP e quatro apresentavam UP. O estudo concluiu que, quanto mais velhos eram os idosos, maior era o comprometimento da capacidade funcional e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolver UP. Os autores concluíram que detectar precocemente os indivíduos com indicações preventivas no âmbito domiciliar pode melhorar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e até mesmo a mortalidade nessa população (AGUIAR et al., 2012).

Outro trabalho, realizado em Fortaleza, no Ceará, teve como objetivo avaliar o risco para UP em idosos, no domicílio, após um período de internação hospitalar mediante aplicação da Escala de Braden. Uma amostra com 40 indivíduos selecionados no momento da alta receberam quatro visitas semanais durante 30 dias, quando foi aplicada a Escala de Braden. A maioria eram mulheres (65%), e o principal diagnóstico médico era AVE (55%). Identificou-se que, quanto maior o tempo após a alta, menor o risco para desenvolver UP. A incidência de UP foi de 22,5% com ocorrência em nove idosos. A visita domiciliar foi considerada um apoio para os cuidadores, com orientações direcionadas para a prevenção das UP, com enfoque na mudança de decúbito, na estimulação da deambulação, na nutrição adequada e no uso de dispositivos de prevenção. Os autores ressaltaram que ações realizadas para a prevenção de uma lesão no idoso após a hospitalização devem se

concentrar nas duas primeiras semanas no domicílio, com ações preventivas (MORAES et al., 2012).

Na mesma pesquisa acima citada, foi investigada também a influência da aplicação de um protocolo de enfermagem para a prevenção de UP em idosos para a validação clínica em tais pacientes com risco de desenvolver UP, acamados no domicílio (Protocolo do NICHE – Sistema de Melhoria nos Cuidados de Enfermagem para Idosos). Os 40 idosos que receberam alta no período do estudo, dentro dos critérios estabelecidos, foram divididos em dois grupos: A – Experimental, no qual foi aplicado o protocolo e posteriormente avaliado o risco para UP pela Escala de Braden; B – Controle, sendo somente avaliado o risco para UP pela mesma escala. No domicílio dos idosos do grupo experimental, o cuidador era informado sobre a importância do protocolo de UP para a qualidade de vida do idoso, para a prevenção de novas internações e da morte. De acordo com o protocolo, os cuidadores de idosos tinham que realizar 15 ações diárias, como fazer a inspeção da pele, executar a limpeza a cada troca de fraldas, não massagear proeminências ósseas, hidratar o corpo com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) e hidratante 3x/dia, não arrastar o idoso, reposicioná-lo a cada duas horas, elevar o seu calcâneo e manter a cabeceira da cama até 30 graus, estimular o paciente para o autocuidado, entre outros procedimentos. O uso do protocolo no grupo experimental trouxe resultados positivos, com apenas dois casos de UP (10%), enquanto que no grupo controle, no qual os cuidadores não receberam as orientações, houve sete casos de UP(35%). Concluiu-se que medidas básicas podem impedir o aparecimento de UP em idosos acamados ou em processo de hospitalização (MORAES et al., 2013).

Outra pesquisa, realizada na cidade de Belo Horizonte (MG), em 2012, teve como objetivos estimar a capacidade da Escala de Braden em predizer o surgimento da úlcera por pressão em indivíduos no âmbito domiciliar, conhecer a incidência da úlcera por pressão nesse grupo e os seus fatores associados. O estudo de coorte foi realizado em um Programa de Acompanhamento Domiciliar. Nesse programa, há uma subdivisão de pacientes baseada no número de diagnósticos, grau de cognição e comprometimento da atividade diária, visando estipular a frequência das visitas dos profissionais. Com isso, os pacientes foram distribuídos em quatro graus: I, II, III e IV, em escala ascendente de complexidade. Foi aplicada a Escala de Braden em 183 pacientes em visitas domiciliares. Desses, 126 pacientes (68,9%) eram do sexo

feminino. Dentre os que desenvolveram UP, a média de idade foi de 82,5 anos, e 64,9% apresentaram grau IV de complexidade do cuidado, conforme a classificação, e 61,6% dos que não desenvolveram apresentaram grau III. Observou-se a incidência de 20% com presença de 56 lesões. Durante os seis meses de acompanhamento, quatorze pacientes apresentaram diminuição de pontuação na Escala de Braden, e a pontuação com melhor representatividade para predizer o surgimento da úlcera foi 18. A Escala de Braden demonstrou ser efetiva no âmbito domiciliar para se prever o desenvolvimento de UP (FREITAS; ALBERTI, 2013).

No contexto internacional, a preocupação com a prevenção da UP em pacientes domiciliares é apresentada sob o enfoque da Prática Baseada em Evidências, com a avaliação do uso das recomendações apresentadas nas diretrizes, que muitas vezes são adaptadas para o contexto estudado.

Nos Estados Unidos, estudo publicado em 2005 teve como objetivo avaliar a qualidade da previsão e prevenção de úlceras de pressão em pacientes de cuidado domiciliar. Foram selecionadas aleatoriamente agências de atendimento domiciliar certificadas pelo governo norte-americano em quatro estados do meio-oeste do país. A taxa de resposta global foi de 44% (n = 128). Cerca de metade (57,8%) das agências informaram que todos os pacientes eram avaliados quanto ao risco para UP na admissão, e o julgamento clínico de enfermagem era o método mais frequentemente (72%) utilizado para avaliar o risco. Apenas 21% das agências usavam uma ferramenta validada, como a Escala de Braden ou a Escala de Norton para identificar pessoas em risco para UP. Aproximadamente um terço das agências tinha políticas de prevenção e apenas 18% recomendavam intervenções para a prevenção no protocolo de UP. Os resultados sugeriram oportunidades para a melhoria nos cuidados do manejo da UP e nas práticas de prevenção nas agências de cuidados domiciliares (BERGQUIST, 2005).

Outro estudo norte-americano, publicado em 2007, teve como objetivos dimensionar a prevalência de UP e explorar a relação entre úlcera por pressão e o risco de morte em um ano em pessoas muito idosas e com saúde frágil, e que viviam na comunidade e recebiam assistência domiciliar. O estudo observacional analisou os dados de 3103 pacientes admitidos em doze agências de cuidado domiciliar registrados no instrumento *Minimum data set for home care* (MDS-HC). A prevalência de pacientes com UP foi de 18%. Após 12 meses da avaliação inicial,

160 indivíduos (29%) do grupo dos que tinham UP morreram, em comparação com 368 (14%) dos pacientes sem UP. Depois de ajustar as variáveis, como idade, gênero e as demais variáveis significantes para os sujeitos com e sem UP, observaram que os indivíduos com UP foram mais propensos à morte do que os sem UP (LANDI et al, 2007).

Na Bélgica, um estudo transversal teve como objetivo investigar a prevalência de úlcera por pressão em 2779 pacientes que recebiam assistência domiciliar, e avaliar a adesão às recomendações da *Belgian Guideline for the Prevention of Pressure Ulcers* e a participação de cuidadores informais nessa prevenção. A coleta dos dados foi feita em parte por via eletrônica, com extração de informações de bases de dados, e pelo preenchimento de um formulário do *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*, com 26 questões sobre fatores de risco, características das úlceras por pressão e uso de medidas preventivas. Foi identificado que 744 tinham risco para UP e a prevalência foi de 6,8%. Desses 744 sujeitos em risco, 33 receberam medidas preventivas propostas pela Diretriz Belga e 482 receberam medidas que não eram apresentadas na mesma. Para os sujeitos com ao menos uma úlcera por pressão, identificou-se que 4,8% tinham adesão às recomendações, 76,6% não tinham adesão e em 18,6% não havia prevenção. Em 22,2% dos pacientes com risco para UP, os cuidadores informais foram informados e motivados pela enfermagem a participar na prevenção dessas UP, e a adesão à prevenção foi obtida em 21,4% dos casos. O estudo concluiu que a adesão dos enfermeiros e cuidadores à Diretriz de prevenção das UP foi baixa (PAQUAY et al., 2008).

Outro estudo quantitativo-descritivo, realizado na Região Autónoma dos Açores (RAA), incluiu todos os 99 enfermeiros de cuidados domiciliários da RAA e os 13 enfermeiros responsáveis pelas instituições de saúde. Teve como objetivo geral analisar os fatores que influenciam os cuidados domiciliares de prevenção em pacientes com risco de UP. Os objetivos específicos foram conhecer os aspectos profissionais relativos à prevenção de UP, descrever os cuidados de prevenção aos clientes com risco de UP prestados pelos enfermeiros no domicílio, conhecer a formação dos enfermeiros na área da prevenção de UP, conhecer se os cuidadores informais eram incluídos na prevenção de UP, determinar a distância dos domicílios em relação à instituição de saúde, identificar os dispositivos de alívio de pressão

existentes nas instituições e analisar os efeitos que os diferentes fatores encontrados provocam na prestação de cuidados. A prevalência de UP foi de 26,49% nos pacientes em geral e de 30,64% na população que tinha risco de desenvolver UP (que era de 89,45%). Verificou-se que as intervenções de enfermagem priorizadas por enfermeiros eram a prevenção de UP (65,7%) e educação para a saúde (58,6%). Nas instituições, a existência de protocolos era escassa (8,7%) e as escalas de avaliação de risco estavam implementadas em 21,7%. Da população estudada, 84,8% participaram em cursos sobre prevenção de UP, sendo que 83,8% o fizeram nos últimos três anos e apenas 16,2% há mais tempo. Os cuidados referidos pelos enfermeiros como mais efetuados eram os posicionamentos corporais (92,9%), seguidos pelos cuidados com a nutrição do cliente (9,8%) e pela educação do cuidador informal/cliente (71,7%). Sobre os cuidados de prevenção, 58,6% consideravam inadequados e 41,4% consideravam adequados. Para os que consideravam inadequados, a justificativa foi a falta de recursos materiais (43,4%) e recursos humanos (30,3%). Os autores sugeriram a necessidade de estudos de incidência de UP para poder monitorar a evolução do problema e para obter retorno dos cuidados de prescrição efetuados (RODRIGUES; SORIANO, 2011).

Conforme apresentado anteriormente, a UP é um problema significativo para as instituições de saúde, profissionais, pacientes e familiares. Tem sido apresentada como um indicador negativo da qualidade dos serviços, cujos índices podem ser modificados com o uso das evidências embasadas em pesquisas ou em consenso dos especialistas. A base para a prevenção da ocorrência da UP é a avaliação do risco do paciente e a identificação dos fatores que o colocam em risco. Os pacientes cuidados em domicílio podem ter risco elevado para UP e, assim como os pacientes hospitalizados, o risco pode estar associado não só aos fatores do próprio indivíduo e ao problema de saúde, mas também à estrutura e ao processo de cuidar. Os cuidadores precisam ter conhecimento sobre o problema, ser preparados para o cuidado e dispor de equipamentos e materiais para o cuidado adequado. Durante um episódio de hospitalização, os pacientes em risco ou com UP deveriam obter informações sobre sua situação de vulnerabilidade e ser educados sobre as medidas recomendadas para a prevenção e tratamento precoce do problema.

No entanto, sabe-se que existem muitas falhas no processo de comunicação entre os profissionais durante o momento de transferência de pacientes de um setor para outro dentro da instituição, ou mesmo na comunicação com os pacientes em relação ao cuidado após a alta hospitalar na transição do cuidado da instituição para o domicílio. O sistema de referência e contrarreferência para os serviços de saúde, que é preconizado pelo princípio de integralidade do SUS (BRASIL, 2011b), poderia facilitar a comunicação e a continuidade do cuidado, porém no caso de pacientes em risco para UP, a realidade dos serviços de saúde da região de Ribeirão Preto não é conhecida.

Procurando responder às indagações anteriormente apresentadas e contribuir para o avanço do conhecimento sobre o assunto, este estudo foi desenvolvido.

Objetivos

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Identificar o nível de risco para UP após a alta hospitalar em pacientes atendidos em um hospital de urgência, avaliar a prevalência do problema e o cuidado domiciliar.

Objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes;
- Identificar o nível de risco para UP utilizando a Escala de Braden e os fatores de risco pelos seus subescores;
- Identificar a prevalência de UP e as características da lesão;
- Identificar o contexto de cuidado domiciliar.

Material e Métodos

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa.

3.2. Caracterização do local de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em domicílios com pacientes adultos e idosos que estiveram hospitalizados e receberam alta da Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3.3. População

A identificação dos participantes foi realizada após a coleta de dados de um estudo transversal anterior realizado na UE, cujo objetivo era identificar a prevalência de UP na instituição em pacientes internados no dia 03 de setembro de 2014.

Foram considerados critérios de inclusão: pacientes que estavam em risco para UP, que sobreviveram à internação e receberam alta hospitalar até o período da coleta, e que estavam morando em Ribeirão Preto ou em cidades até 100 quilômetros de distância.

Dos 87 pacientes que foram avaliados em 03/09/2014, durante a internação na UE, 57 estavam em risco para UP e 30 não tinham risco para UP.

Dos 57 pacientes em risco, 14 faleceram durante a internação; assim, 43 pacientes receberam alta. Desses, 24 eram moradores de Ribeirão Preto e 19 de outras cidades da região.

Dentre os 24 pacientes de Ribeirão Preto, três faleceram após a alta, dois mudaram-se para cidades distantes, um recusou-se a participar do estudo e um outro permaneceu internado no Hospital Estadual de Américo Brasiliense. Portanto, 17 pacientes residentes na cidade concordaram em participar da pesquisa e foram avaliados em seus domicílios.

Já dos 19 pacientes que tinham risco para UP e residiam em outras cidades, seis faleceram após a alta, dois eram de cidades distantes de Ribeirão Preto, um ainda permanecia internado na UE, um estava internado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, um estava internado no Hospital Estadual de Américo Brasiliense e outros dois pacientes não foram localizados por telefone para agendamento da visita. Dessa forma, foram entrevistados seis pacientes residentes em cidades próximas a Ribeirão Preto.

Assim, 23 pacientes compuseram a população da pesquisa. O fluxo abaixo demonstra o processo de seleção dos participantes e o atendimento aos critérios de inclusão no estudo.

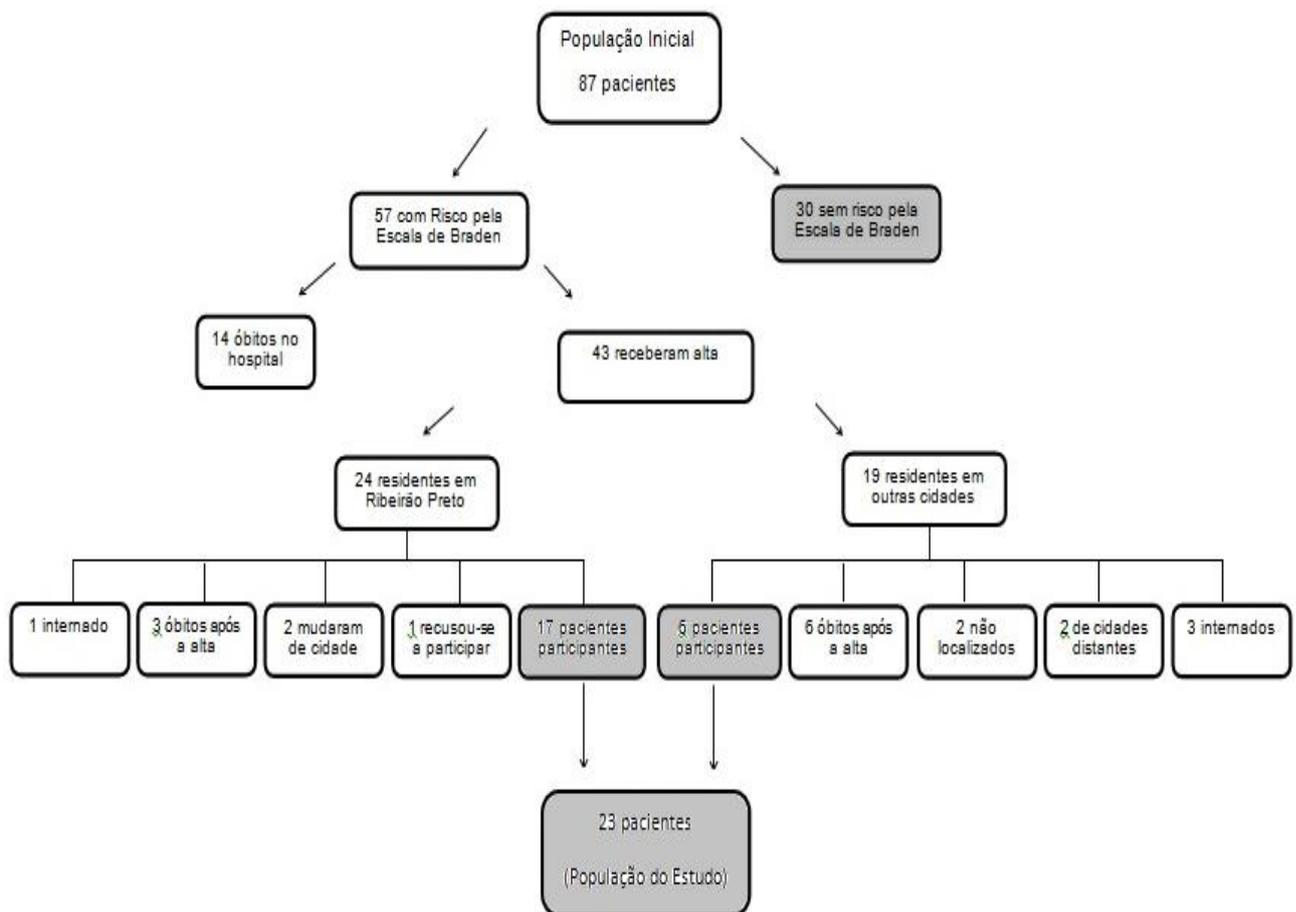


Figura 1 - Fluxo de seleção dos pacientes.

3.4. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, e aprovado em 29 de setembro de 2014 (Anexo A). A participação foi condicionada ao prévio consentimento do paciente. Nos casos em que o paciente estava inconsciente ou desorientado, ou não conseguia se comunicar verbalmente ou por meio de escrita, foi solicitado o consentimento ao seu responsável (familiar ou cuidador que estava mais próximo do paciente desde a sua alta e que realizava os cuidados principais).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado com as devidas orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa a todos os pacientes ou responsáveis. Foram entregues duas vias do TCLE para assinatura do paciente (Apêndice A) ou responsável (Apêndice B), previamente assinadas pelo pesquisador responsável pelo estudo e pelo orientador. Uma das vias assinadas ficou com o paciente e a outra com a pesquisadora principal (BRASIL, 2013c).

Existia o risco de os participantes se sentirem constrangidos durante a pesquisa; portanto foram informados no TCLE que, caso isso acontecesse, a inspeção da pele ou as perguntas seriam interrompidas imediatamente e seria oferecido a eles apoio emocional e indenização por parte da pesquisadora, se ocorresse dano decorrente da participação, conforme a Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2013c).

Durante a coleta de dados, a pesquisadora realizou orientações, visando à prevenção de complicações nos casos em que os pacientes tinham risco para UP ou mesmo quando a UP já estava instalada.

3.5. Instrumentos

O instrumento de pesquisa foi adaptado de Chayamiti (2008) e é composto por quatro partes (Apêndice C). Na parte I, é feita a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos da pesquisa. A parte II do instrumento busca a obtenção dos dados referentes à saúde do paciente e a identificação do risco para desenvolver a UP, mediante Escala de Braden. A parte III visa identificar o estilo de

vida dos pacientes. E a parte IV está relacionada à avaliação da UP quando presente, às medidas de prevenção e ao tratamento utilizados no domicílio.

O instrumento utilizado para avaliar o risco para UP foi a Escala de Braden (Anexo B), desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e validada por Paranhos e Santos (1999). A escala é composta por seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada um dos domínios da escala tem uma especificação padronizada, com variações de 1 a 4 (com exceção da fricção e cisalhamento, de 1 a 3), que deve ser registrada nas colunas à direita, dependendo do que foi detectado na avaliação. A somatória da pontuação nos 6 domínios pode variar de 6 a 23. Nos estudos iniciais das autoras, foi estabelecido o escore 16, como escore de corte para risco para UP (BERGSTROM et al., 1987) e, posteriormente, foram incluídos os escores 17 e 18 para pacientes com mais de 65 anos (BERGSTROM et al., 1998). Na atualidade, recomenda-se que o risco para o desenvolvimento da úlcera pela Escala de Braden seja classificado em 5 níveis: risco muito elevado – pacientes com escore igual ou menor que 9; risco elevado – pacientes com escore igual ou entre 10 e 12; risco moderado – pacientes com escore 13 ou 14; baixo risco – pacientes com escore 15 a 18 (idosos); sem risco – pacientes com escore igual ou maior que 19 (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

3.6. Procedimentos para coleta de dados

No primeiro mês após a coleta de dados do estudo de prevalência de UP na UE, a pesquisadora buscou informações, junto ao Serviço Médico e de Estatística (SAME) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), sobre os pacientes que participaram da pesquisa anterior, que haviam sido classificados com risco para UP e que haviam obtido alta hospitalar.

A planilha com o endereço e telefone destes pacientes foi disponibilizada pelo SAME. Foram excluídos os que residiam em cidades com mais de 100 quilômetros de Ribeirão Preto.

Primeira Etapa da Coleta de Dados

A primeira etapa foi realizada no segundo mês após o estudo na UE, entre os dias 21 de outubro e 05 de novembro de 2014. Durante o contato telefônico, foi agendada a visita domiciliar conforme a disponibilidade dos participantes. Na visita, foram fornecidas informações sobre o estudo e solicitado o consentimento, confirmado pela assinatura do TCLE. Os esclarecimentos sobre a pesquisa foram feitos em linguagem fácil, reforçando a questão do sigilo e a não interferência do seu seguimento no Serviço de Saúde. Para aqueles que concordaram, foi realizada a entrevista no domicílio, utilizando o questionário como roteiro norteador. Posteriormente, foi realizada a inspeção da pele do paciente e a observação da UP para identificar as características da lesão e a classificação, considerando os estágios da UP (NPUAP, 2007).

Para o cálculo da prevalência da UP, foram incluídos todos os pacientes avaliados e todos que tinham UP, identificada pela inspeção da pele.

Segunda Etapa da Coleta de Dados

Após dois meses da coleta de dados por visita domiciliar, foi realizada entrevista por telefone com todos os cuidadores dos pacientes que obtiveram escore menor ou igual a 18 na Escala de Braden e/ou que já tinham UP por ocasião da primeira etapa da coleta.

Na entrevista, foi perguntado sobre o estado clínico dos pacientes, se tinha havido melhora no estado geral, se estavam deambulando ou não e quem era o cuidador principal. Para os que tinham UP, foi perguntado sobre as novas condições da ferida, as condições de tratamento e se estavam recebendo AD e algum tipo de atendimento.

3.7. Análise dos dados

Os dados coletados e registrados nos instrumentos foram digitados em planilha do aplicativo Microsoft Excel, após a codificação, com a construção de um dicionário de dados. Foi realizada a validação por meio da dupla digitação. Uma vez validados, os dados foram exportados e analisados de forma descritiva por meio do

programa SPSS (Statistic Package for Social Sciences) para cálculo de frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central.

Resultados

4. RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes

A idade mínima foi de 20 anos e a máxima, de 77 anos, com mediana de 55,9 anos, média de 50,07 e desvio padrão de 20,97.

A distribuição da idade dos pacientes está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes quanto à faixa etária. Ribeirão Preto, 2014

Faixa etária	Frequência	%
20 – 39 anos	9	38,7
40 – 59 anos	3	13,5
Maior ou igual a 60 anos	11	47,8
Total	23	100,0

Considerando o sexo, 11 pacientes eram do sexo masculino (47,8%) e 12, do sexo feminino (52,2%).

Na tabela 2, são apresentados os resultados quanto à cor da pele.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto à cor da pele. Ribeirão Preto, 2014

Cor da pele	Frequência	%
Branca	15	65,2
Negra	3	13,0
Parda	5	21,7
Total	23	100,0

A maior parte (65,2%) dos participantes apresentava a cor da pele branca.

Quanto à naturalidade, oito pacientes (34,8%) nasceram em Ribeirão Preto, oito pacientes (34,8%) nasceram em outras cidades do Estado de São Paulo e sete pacientes (30,4%) nasceram em outro estado.

Na tabela 3, é apresentada a distribuição dos pacientes nas cidades onde residiam.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a procedência. Ribeirão Preto, 2014

Cidade Procedência	Frequência	%
Ribeirão Preto	17	73,9
São Carlos	2	8,7
Serra Azul	1	4,3
Serrana	1	4,3
Luiz Antônio	1	4,3
Pontal	1	4,3
Total	23	100

Evidencia-se que a maioria dos pacientes (73,9%) era residente de Ribeirão Preto, onde fica localizada a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, local em que estiveram internados previamente.

As cidades de Serra Azul, Serrana, Luiz Antônio e Pontal, locais de procedência de quatro pacientes, pertencem ao Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII). A cidade de São Carlos, local de residência de dois pacientes, pertence ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) (SÃO PAULO, 2015).

A escolaridade dos pacientes, a distribuição das profissões de acordo com a Classificação Brasileira das Ocupações – CBO (BRASIL, 2002) e a ocupação atual dos participantes são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade, profissão e ocupação atual. Ribeirão Preto, 2014

Escolaridade	Frequência	%
Analfabeto	3	13,0
Fundamental I incompleto	9	39,1
Fundamental II incompleto	2	8,7
Fundamental II completo	2	8,7
Médio incompleto	3	13,0
Médio completo	3	13,0
Superior incompleto	1	4,3
Total	23	100,0
Profissão	Frequência	%
Serviços e vendedores do comércio	9	39,1
Trabalhadores agropecuários	2	8,7
Produção de bens e indústria	3	13
Manutenção e reparação	3	13
Do lar	6	26
Total	23	100,0
Ocupação	Frequência	%
Pensionista	12	52,2
Aposentado	5	21,7
Do lar	3	13,0
Auxílio-doença	2	8,7
Trabalhando no setor de serviços	1	4,3
Total	23	100,0

O tempo de escolaridade dos pacientes variou de zero a 12 anos, com a média de 5,65, desvio padrão (DP) 4,06 e mediana 5.

Destaca-se que 13% dos pacientes eram analfabetos e 47,8% tinham baixa escolaridade, pois não completaram o Ensino Fundamental.

A profissão mais frequente dos pacientes pertencia à categoria dos trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio (39,1%). Entretanto, no momento da pesquisa, a maioria deles eram pensionistas (52,2%), aposentados (21,7%) ou recebiam auxílio-doença (8,7%).

Na tabela 5, são apresentados dados sobre o estado civil dos pacientes, os arranjos familiares em relação à sua moradia, a renda familiar média e o cuidador principal.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil, as pessoas com quem dividem residência, a renda familiar e o cuidador principal. Ribeirão Preto, 2014

Estado civil	Frequência	%
Solteiro	7	30,4
Casado/união consensual	10	43,5
Viúvo	5	21,7
Separado / divorciado	1	4,3
Total	23	100,0
Com quem mora	Frequência	%
Esposo e filhos	9	39,1
Filhos	5	21,7
Esposo	4	17,4
Sozinho	1	4,3
Esposo, filhos e netos	1	4,3
Mãe e irmã	1	4,3
Irmão	1	4,3
Filhos e netos	1	4,3
Total	23	100,0
Renda familiar	Frequência	%
Menor que 1 salário-mínimo	2	8,7
De 1 a 2 salários-mínimos	14	60,9
De 3 a 5 salários-mínimos	7	30,4
Total	23	100,0
Cuidador Principal	Frequência	%
Esposo(a)	9	45
Filho(a)	5	25
Mãe	2	10
Sogra	1	5
Cuidador formal	1	5
Neta	1	5
Cunhada	1	5
Total	20	100

A análise dos resultados da Tabela 5 evidencia que a maioria dos pacientes eram casados ou em união consensual (43,5%), e moravam com esposo e filhos (39,1%). A renda familiar média era entre um a dois salários-mínimos (60,9%).

Dos 23 pacientes, três eram independentes. Os outros 20 necessitavam de algum cuidado, sendo os cuidadores principais os esposos (45%) seguidos dos filhos (25%).

Quanto ao perfil de saúde dos pacientes, identificou-se que 14 (60,9%) referiram apresentar uma doença, e nove (39,1%) apresentavam duas doenças. A tabela 6 apresenta a distribuição das doenças referidas.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com as morbidades referidas. Ribeirão Preto, 2014

Morbidade	Frequência
Acidente com TCE*	5
AVC**	4
Fratura de fêmur	3
Hipertensão Arterial Sistêmica	2
Colecistectomia	2
Convulsão	2
Pneumonia	2
Fratura de acetábulo	2
Obstrução Intestinal	1
Fratura de tíbia	1
Fratura de tórax	1
Oclusão arterial	1
Tetraplegia	1
Parkinson	1
Tumor cerebral	1
Tumor Intestinal	1
Total	30

*TCE – trauma crânio-encefálico

**AVC – acidente vascular cerebral

Observa-se que o problema de saúde mais frequente foi acidente com Trauma de Crânio, citado por cinco dos 23 pacientes, seguido por AVC, referido por quatro pacientes.

Do total de participantes, um paciente (4,3%) era tabagista, cinco pacientes (21,7%) eram ex-tabagistas e 17 pacientes (73,9%) nunca fumaram.

Quanto ao uso de álcool, dois pacientes (8,7%) referiram ser ex-etilistas.

Dos 23 pacientes, oito (34,8%) encontravam-se acamados. O tempo mínimo de restrição no leito foi de dois meses e o máximo, de quatro meses. A média foi de 2,75 meses (DP 0,7), a mediana de três meses.

Os resultados quanto aos fatores que levaram os pacientes à restrição no leito estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes acamados segundo o fator que os levou à restrição (n=8). Ribeirão Preto, 2014

Fator que levou à restrição	Frequência	%
Fratura de fêmur	2	25,0
Tetraplegia	1	12,5
AVC	1	12,5
Acidente com TCE	1	12,5
Dispneia	1	12,5
Tumor cerebral	1	12,5
Tumor no intestino	1	12,5
Total	8	100

Considerando os valores do peso corporal e da altura dos pacientes, referidos no momento da avaliação, o IMC mínimo foi de 11, e o máximo, de 35,6, sendo a de média 24,2 (DP 5,65). Quatro (17,4%) pacientes estavam na categoria com baixo peso, dez (43,4%) com peso normal, cinco (21,8%) com sobrepeso e quatro (17,4%) eram obesos.

Dos 23 pacientes, 15 (65,2%) referiram ter apresentado perda de peso recente e oito (34,8%) não apresentaram perda.

O tratamento no domicílio envolveu o uso de medicamentos. Dezoito pacientes (78,3%) referiram fazer uso de algum medicamento diariamente. O número mínimo de medicamentos diários foi um e o máximo, dez, sendo a média de 4,72 (DP 2,92), e a mediana, de 4,5. Nove (50%) tomavam entre um a quatro medicamentos por dia, seis (33,3%) tomavam entre cinco a oito medicamentos e três (16,7%) entre nove a dez medicamentos.

Os tipos de medicamentos utilizados pelos pacientes diariamente estão apresentados na tabela 8:

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de medicamento utilizado diariamente (n=18). Ribeirão Preto, 2014

Tipos de medicamentos utilizados	Uso	
	Sim (%)	Não (%)
Anti-hipertensivo	14 (77,8%)	4 (22,2%)
Antiepilético, anticonvulsivante, antidepressivo	11 (61,1%)	7 (38,9%)
Protetor gástrico	8 (44,4%)	10 (55,5%)
Anti-inflamatório, anestésico	5 (27,8%)	13 (72,2%)
Antiagregante plaquetário	5 (27,8%)	13 (72,2%)
Cardiotônico e antiarrítmicos	4 (22,2%)	14 (77,8%)
Antipsicótico, antidemencial, antiparkinsoniano, sedativo	3 (16,7%)	15 (83,3%)
Estatinas	2 (11,1%)	16 (88,9%)
Hipoglicêmico	1 (5,5%)	17 (94,4%)
Antialérgico	1 (5,5%)	17 (94,4%)

Seis pacientes tiveram internações prévias no ano de 2014. A tabela 9 apresenta a distribuição das internações dos pacientes, considerando o motivo, local e tempo de sua hospitalização.

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes quanto ao motivo, local e tempo da 1ª e da 2ª internação hospitalar. Ribeirão Preto, 2014

Motivo da 1ª internação	Frequência	%
Acidente automobilístico	1	16,7
Alergia	1	16,7
Neurocirurgia	1	16,7
Colecistectomia	1	16,7
Erisipela	1	16,7
Tumor intestinal	1	16,7
Total	6	100,0
Local da 1ª internação	Frequência	%
Santa Casa de Ribeirão Preto	2	33,3
HCFMRP	1	16,7
Hospital Estadual de Ribeirão Preto	1	16,7
Santa Lydia	1	16,7
Unidade de Emergência	1	16,7
Total	6	100,0
Tempo da 1ª internação	Frequência	%
Até 8 dias	4	66,7
30 dias	2	33,3
Total	6	100,0
Motivo da 2ª internação	Frequência	%
Choque anafilático	1	100,0
Total	1	100,0
Local da 2ª internação	Frequência	%
Unidade de Emergência	1	100,0
Total	1	100,0
Tempo da 2ª internação	Frequência	%
7 dias	1	100,0
Total	1	100,0

Observa-se que seis pacientes tiveram internações anteriores e que somente dois foram no mesmo hospital de procedência dos pacientes do estudo (UE).

A Tabela 10 mostra o motivo principal e tempo de internação na Unidade de Emergência, em setembro de 2014, quando os pacientes apresentaram risco para UP.

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes de acordo com o motivo da Internação na UE. Ribeirão Preto, 2014

Motivo da internação na UE	Frequência	%
Cirurgia	9	39,1
AVC	3	13,0
Fratura de fêmur	2	8,7
Outras fraturas	2	8,7
Oclusão arterial	1	4,3
Convulsões	1	4,3
Trauma raquimedular	1	4,3
Pneumonia	1	4,3
Confusão mental	1	4,3
TCE	1	4,3
Complicações da doença de base	1	4,3
Total	23	100,0
Tempo de internação na UE	Frequência	%
Até 7 dias	3	13,0
De 15 a 30 dias	13	56,5
De 40 a 60 dias	6	26,1
138 dias	1	4,3
Total	23	100,0

O motivo mais frequente para a internação (39,1%) foi a necessidade de procedimento cirúrgico. Quatro pacientes foram submetidos à neurocirurgia (um para retirada de tumor cerebral, dois em decorrência de TCE e outro para drenagem de hematoma). Três pacientes foram submetidos a cirurgias do sistema gastrointestinal e outros dois a cirurgias ortopédicas.

Identificação do nível de risco para UP pela Escala de Braden e fatores de risco pelos seus subescores

Na tabela 11, é apresentada a distribuição dos pacientes segundo a categoria de risco para UP, considerando os escores da Escala de Braden.

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes de acordo com a categoria de risco pelo escore da Escala de Braden. Ribeirão Preto, 2014

Categoria de Risco	Frequência	%
Risco muito elevado - Escores de 6 a 9	1	4,3
Risco elevado - Escores de 10 a 12	1	4,3
Risco moderado - Escores de 13 a 14	1	4,3
Em risco - Escores de 15 a 18	9	39,0
Sem risco - Escore igual ou acima de 19	11	47,6
Total	23	100,0

Identificou-se que, dos 23 pacientes estudados, 12 (52,4%) apresentavam risco para UP pela Escala de Braden, com escore menor ou igual a 18. O escore médio dos pacientes foi 18,3 (DP 3,9), mínimo 9, máximo 23 e mediana 18.

Quanto à presença da UP, identificou-se, que dentre os doze pacientes em risco, quatro apresentavam a lesão. Dentre os pacientes sem risco (com escore igual ou acima de 19), um apresentava úlcera. Conforme as diretrizes do EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), que consideram que pacientes com UP têm risco para novas lesões, este paciente com UP passou para a categoria em risco. Todos os pacientes com UP já tinham o problema desde a internação na UE.

A tabela 12 traz a distribuição dos 23 pacientes, considerando os subescores obtidos na Escala de Braden.

Tabela 12 – Distribuição dos pacientes quanto aos valores das Subescalas de Braden. Ribeirão Preto, 2014

Percepção Sensorial	Frequência	%
1- Completamente limitado	1	4,3
2- Muito limitado	2	8,7
3- Leve limitação	9	39,1
4- Nenhuma limitação	11	47,8
Total	23	100,0
Umidade da Pele	Frequência	%
1- Completamente úmida	0	0,0
2- Muito úmida	2	8,7
3- Ocasionalmente úmida	6	26,1
4- Raramente úmida	15	65,3
Total	23	100,0
Atividade	Frequência	%
1- Acamado	6	26,1
2- Restrito à cadeira	3	13,0
3- Caminha ocasionalmente	9	39,1
4- Caminha frequentemente	5	21,7
Total	23	100,0
Mobilidade	Frequência	%
1- Totalmente imóvel	1	4,3
2- Bastante limitado	5	21,7
3- Levemente limitado	11	47,8
4- Com nenhuma limitação	6	26,1
Total	23	100,0
Nutrição	Frequência	%
1- Muito pobre	0	0,0
2- Provavelmente inadequado	1	4,3
3- Adequado	9	39,1
4- Excelente	13	56,5
Total	23	100,0
Fricção e cisalhamento	Frequência	%
1- Problema	2	8,7
2- Problema em potencial	10	43,5
3- Nenhum problema	11	47,8
Total	23	100,0

Considerando as Subescalas, observa-se que, no item Percepção Sensorial, o escore mais frequente foi “Nenhuma limitação” (47,8%), indicando que a maioria dos pacientes respondia aos comandos verbais e não tinha déficit sensorial que limitasse a sua capacidade de sentir e de verbalizar dor ou desconforto. Entretanto, três (13%) estavam completamente ou muito limitados.

No item Umidade da Pele, o escore mais frequente foi “Raramente Molhada” (65,3%), indicando que a pele dos pacientes geralmente estava seca e a troca de

roupa de cama era necessária somente nos intervalos de rotina. Somente dois (8,7%) tinham a pele muito úmida.

A respeito do item Atividade, identificou-se que, embora o escore mais frequente tenha sido “Caminha Ocasionalmente” (39,1%), seis pacientes (26,1%) estavam confinados ao leito, e três (13%) tinham a capacidade de andar severamente limitada ou nula.

Considerando a Mobilidade, o escore mais frequente foi “Levemente Limitado” (47,8%), o que indica que 11 pacientes faziam frequentemente pequenas mudanças na posição do corpo ou das extremidades sem ajuda. Outros cinco (21,7%) estavam bastante limitados e eram incapazes de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinhos. Um (4,3%) paciente, com tetraplegia, estava totalmente imóvel e não fazia qualquer mudança na posição do corpo sem ajuda.

Sobre a Nutrição, o escore mais frequente foi “Excelente” (56,5%), sendo que os pacientes comiam a maior parte de cada refeição, nunca recusavam uma refeição e ocasionalmente comiam entre as refeições. Um paciente (4,3%) tinha o padrão de consumo alimentar provavelmente inadequado, e fazia acompanhamento nutricional no ambulatório.

No item Fricção e Cisalhamento, o escore mais frequente foi “Nenhum Problema” (47,8%), o que indica que esses pacientes moviam-se sozinhos na cama ou cadeira, e tinham força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Porém 10 (43,5%) tinham problema em potencial e chance de ter atrito da pele com lençol, cadeira ou outros. Dois (8,7%) necessitavam de assistência moderada a máxima para se mover.

Na tabela 13, é apresentada a comparação dos valores do escore total da Escala de Braden e dos subescores, considerando os pacientes em risco (13) e sem risco para UP (10).

Tabela 13 – Comparação do escore total da Escala de Braden e dos subescores, considerando os pacientes em risco e sem risco para UP. Ribeirão Preto, 2014

Variável	Braden	Percepção sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e Cisalhamento
Em risco (13)							
Mínimo	9	1	2	1	1	2	1
Máximo	19	4	4	3	3	4	3
Média	15,46	2,77	3,23	1,85	2,46	3,15	2,00
Desvio Padrão	2,75	0,72	0,72	0,89	0,66	0,55	0,57
Sem risco (10)							
Mínimo	20	4	4	3	3	4	2
Máximo	23	4	4	4	4	4	3
Média	22,0	4,00	4,00	3,50	3,60	4,00	2,90
Desvio Padrão	1,15	-	-	0,52	0,51	-	0,64

A média do escore total da Escala de Braden para os pacientes em risco para UP foi de 15,46, enquanto para os pacientes sem risco foi de 22,0. Também em relação aos subescores das subescalas em todos os itens, as médias foram menores para os pacientes em risco.

A tabela 14 apresenta a distribuição dos pacientes em risco e sem risco para UP em relação à idade.

Tabela 14 - Distribuição da idade dos pacientes em risco e sem risco para UP. Ribeirão Preto, 2014

Idade	Em risco	Sem risco	Total
20-39 anos	2 (15,4%)	7 (70%)	9
40 a 59 anos	3 (23,1%)	-	3
Maior ou igual a 60 anos	8 (61,5%)	3 (30%)	11
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23

Verificamos que, nos pacientes maiores de 60 anos, a frequência de risco para UP foi maior do que nos mais jovens.

Prevalência de UP, características da lesão e tratamento

Pela entrevista e inspeção da pele, identificou-se que, dentre os 23 pacientes, cinco (21,7%) apresentavam úlcera; portanto, a prevalência de Úlcera por Pressão no estudo foi de 21,7%. A tabela 15 mostra a distribuição dos pacientes com ou sem risco pela Escala de Braden e a ocorrência da UP.

Tabela 15 – Distribuição de pacientes segundo o risco para UP pela Escala de Braden e a ocorrência da UP. Ribeirão Preto, 2014

	Com UP	Sem UP	Total
Pacientes em risco (escore de 9 a 18)	4 (33,3%)	8 (66,6%)	12 (100,0%)
Pacientes sem risco (escore maior ou igual a 19)	1(9,1%)	10 (90,9%)	11(100,0%)

Observa-se que, nos pacientes com escores menores ou iguais a 18, a UP foi mais frequente.

A tabela 16 apresenta a comparação do escore total da Escala de Braden e os subescores dos pacientes, considerando a presença e ausência de UP.

Tabela 16 - Comparação do escore total da Escala de Braden e os subescores dos pacientes, considerando a presença de UP. Ribeirão Preto, 2014

Variável	Braden	Percepção sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e Cisalhamento
Com úlcera (5)							
Mínimo	9	1	2	1	1	3	1
Máximo	19	3	4	3	3	4	3
Média	14,00	2,40	3,20	1,40	2,00	3,20	1,80
Desvio Padrão	3,74	0,89	0,83	0,89	0,70	0,44	0,83
Sem úlcera (18)							
Mínimo	14	2	2	1	2	2	2
Máximo	23	4	4	4	4	4	3
Média	19,50	3,56	3,67	2,89	3,22	3,61	2,56
Desvio Padrão	3,16	0,61	0,59	0,96	0,64	0,60	0,51

Comparando o Escore total de Braden entre os pacientes com UP e sem UP, verificamos que o primeiro grupo apresentou a média de 14,00, enquanto que o segundo grupo apresentou a média de 19,50.

Também em relação às subescalas, em todos os itens, os pacientes com UP apresentaram valores menores do que os pacientes sem UP.

Dos cinco pacientes com UP, dois (40%) apresentaram uma UP, e três (60%) apresentaram duas UP. Somente um paciente desenvolveu uma nova UP após a alta hospitalar. Assim, dentre os participantes do estudo, havia um total de oito UP.

A tabela 17 apresenta a distribuição das oito úlceras em relação à localização da região corporal e à classificação em categorias do NPUAP (SANTOS; CALIRI, 2007).

Tabela 17 – Distribuição da classificação das UP de acordo com o local. Ribeirão Preto, 2014

Localização	Categoria			Total (%)
	I	II	III	
Sacral	1(12,5%)	2 (25,0%)	1(12,5%)	4 (50%)
Calcâneo	-	1(12,5%)	2 (25,0%)	3 (37,5%)
Ísquio	1(12,5%)	-	-	1 (12,5%)
Total	2(25%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)

Observa-se que a UP ocorreu com maior frequência na região sacral (50%). Das oito UP, três (37,5%) foram classificadas na categoria II e três (37,5%) na categoria III.

A Tabela 18 apresenta a distribuição da terapia tópica utilizada segundo a classificação das oito úlceras por pressão.

Tabela 18 – Distribuição da terapia tópica utilizada segundo a classificação das úlceras por pressão. Ribeirão Preto, 2014

Tratamento	Categoria			Total (%)
	I	II	III	
AGE*	1(12,5%)	1(12,5%)	1(12,5%)	3 (37,5%)
Placa de Hidrocoloide	1(12,5%)	1(12,5%)	1(12,5%)	3 (37,5%)
Creme de Calêndula	-	1(12,5%)	-	1(12,5%)
Papaína+AGE	-	-	1(12,5%)	1(12,5%)
Total	2 (25,0%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	8(100,0%)

*AGE – Ácidos Graxos Essenciais

As terapias tópicas mais comuns foram a solução de AGE e a Cobertura (placa) de Hidrocoloide, ambas utilizadas em três pacientes (37,5%).

A Tabela 19 apresenta a distribuição das úlceras por pressão considerando a classificação (categoria), localização e tempo de lesão em semanas.

Tabela 19 – Distribuição das úlceras por pressão em relação à classificação (estágio), localização e tempo de lesão em semanas. Ribeirão Preto, 2014

Localização	Tempo em semanas					Total
	1	2	4	8	16	
categoria I						
Região Sacral	1	-	-	-	-	1
Ísquio	-	1	-	-	-	1
categoria II	1	2	4	8	16	Total
Região Sacral	-	-	-	1	1	2
Calcâneo	-	-	-	1	-	1
Categoria III	1	2	4	8	16	Total
Região Sacral	-	-	-	1	-	1
Calcâneo	-	-	-	1	1	2

Dos cinco pacientes, três (60,0%) referiram apresentar dor no local da ferida. Dois (40,0%) mencionaram que o nível de dor era 9 e 10, e um mencionou nível 4.

Dos dois pacientes que não verbalizaram a presença de dor, um tinha tetraplegia e outro tinha sequelas neurológicas decorrentes de tumor cerebral.

A tabela 20 mostra a distribuição dos pacientes em relação à perda de peso recente e à ocorrência de UP.

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes em relação à perda de peso recente e ocorrência de UP. Ribeirão Preto, 2014

Perda de peso	Úlcera por Pressão		Total
	Sim	Não	
Sim	4 (80,0%)	11 (61,1%)	15
Não	1 (20,0%)	7 (38,9%)	8
Total	5 (100%)	18 (100%)	23

Contexto do cuidado no domicílio

Dos 23 pacientes estudados, 21 referiram que foram encaminhados para serviços de saúde na alta hospitalar. Os dois pacientes que referiram não terem sido encaminhados eram residentes em Ribeirão Preto. Um tinha risco para UP e o cuidador procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). O outro não tinha risco para UP e referiu que recebeu alta do tratamento cirúrgico no hospital.

Dos 21 pacientes encaminhados para os serviços, 18 (78,3%) estavam fazendo o seguimento no momento da coleta de dados.

Dos três que não faziam seguimento, todos eram residentes em Ribeirão Preto. Um havia recebido alta hospitalar no dia anterior e tinha risco para UP. Os outros dois consideravam-se recuperados do problema de saúde tratado na internação.

Dezesseis (88,9%) estavam fazendo o seguimento no Ambulatório do HCFMRP e somente dois em UBS (11,1%). Quanto ao tipo de atendimento, 17 iam ao serviço de saúde para consulta com o médico, cinco para atendimento de fisioterapia, um para atendimento nutricional e um para atendimento de fonoaudiologia.

Dos participantes da pesquisa, 16 (69,5%) referiram ter recebido orientações sobre o uso de medidas para prevenção de UP durante a hospitalização. Cada paciente citou entre uma a três medidas.

A tabela 21 mostra a distribuição das orientações sobre os cuidados para a prevenção, citadas pelos pacientes/cuidadores.

Tabela 21 - Distribuição da frequência das orientações para a prevenção da UP recebidas pelos pacientes/cuidadores durante a internação (n=16). Ribeirão Preto, 2014

Orientações sobre prevenção de UP	Frequência	%
Mudança de decúbito	15	93,7
Hidratação da pele	12	75,0
Uso de colchão caixa de ovo/ar	12	75,0

Por ordem de citação, entre os 16 pacientes, a primeira medida para a prevenção da UP, referida por 12, foi a hidratação da pele. Para outros três, foi a mudança de decúbito e, para outro, o colchão “caixa de ovo”.

A segunda medida citada por 12 pacientes foi a mudança de decúbito, o uso de colchão especial por um, e colchão “caixa de ovo” por dois.

A terceira medida citada por um paciente foi colchão especial, um citou colchão de ar e seis, o colchão “caixa de ovo”. Destaca-se que um paciente tetraplégico, que apresentava úlcera por pressão na região sacral, de estágio I, e no calcâneo, de estágio III, também citou o uso do colchão “caixa de ovo”.

Dos cinco pacientes que não receberam orientação de enfermagem sobre a prevenção da UP durante a hospitalização, uma apresentava UP na região sacral em estágio III.

Identificou-se que nove pacientes eram acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar e recebiam VD por membros da equipe multidisciplinar. Desses, oito (88,9%) eram residentes de Ribeirão Preto – SP e um paciente (11,1%), de São Carlos – SP. Dos nove pacientes, seis tinham risco para UP e quatro apresentavam a lesão.

Uma paciente tinha UP e não recebia VD de serviço de saúde; residia em Serrana e era cuidada pela neta. O curativo da úlcera era realizado por um conhecido da família que atuava na área da enfermagem.

O número de visitas recebidas variou de um (55,5%) a seis (11,1%), com média de 2,4 visitas/paciente após a alta.

Quanto aos profissionais que realizavam as visitas domiciliares, quatro (44,4%) pacientes informaram que receberam visitas de enfermeiros, de auxiliares de enfermagem (AE) e de médico; três (33,3%) receberam VD de enfermeiro e AE, um (11,1%) recebeu VD somente de enfermeiro e outro (11,1%) somente de AE. Dos quatro pacientes com UP que receberam VD, três receberam VD de enfermeiro, AE e médico, e outro, de enfermeiro e AE.

Entre os pacientes que receberam VD, cinco (55,5%) receberam atendimento para avaliação de curativos, três (33,3%) receberam visita para consulta médica, três (33,3%) receberam visita para avaliação do estado geral e um (11,1%) recebeu visita de AE para verificação da pressão arterial.

Entre os 14 pacientes que não recebiam VD de serviços de saúde, sete tinham risco para UP.

Dentre os 14 pacientes, nove (64,3%) eram de Ribeirão Preto, um (7,1%) era de São Carlos, um (7,1%), de Serra Azul, um (7,1%), de Serrana, um (7,1%), de Luiz Antônio e um (7,1%), de Pontal.

A tabela 22 apresenta a distribuição dos pacientes em risco e sem risco para UP, considerando a condição de ser acamado no domicílio.

Tabela 22 – Distribuição dos pacientes em risco e sem risco para UP e a condição de serem acamados. Ribeirão Preto, 2014

Acamados	Em risco	Sem risco	Total
Sim	8 (61,5%)	-	8
Não	5 (38,5%)	10 (100,0%)	15
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23

Observa-se que oito (61,5%) dos pacientes acamados tinham risco para UP, o que é justificado pela baixa pontuação que esses pacientes receberam na avaliação do risco pela Escala de Braden, considerando as subescalas de atividade e mobilidade.

A análise do tempo diário em que o paciente ficava no leito identificou que, dos 13 pacientes em risco para UP, um (7,7%) permanecia deitado por oito horas diárias, seis (46,1%) permaneciam deitados de 10 a 12 horas diárias, um (7,7%) permanecia deitado 16 horas diárias, dois (15,4%) permaneciam de 20 a 22 horas e três (23,1%) permaneciam no leito durante todo o período das 24 horas.

Em relação ao tipo de colchão utilizado, 18 (78,3%) utilizavam colchão comum de espuma. Dois (8,7%) utilizavam adicionalmente ao colchão comum o colchonete de espuma tipo “caixa de ovo”, e três (13%) utilizavam o colchonete de ar.

Quanto ao tempo em que os pacientes permaneciam sentados, identificou-se que, dos dez pacientes em risco que saíam do leito, um (10%) permanecia sentado por duas horas diárias, sete (70%) ficavam sentados entre quatro e sete horas, um (10%) sentava por oito horas, e outro (10%), por 14 horas.

A tabela 23 apresenta a distribuição dos pacientes quanto ao risco para UP e o uso de medidas utilizadas pelos cuidadores para a prevenção da UP.

Tabela 23 – Distribuição dos pacientes quanto ao risco para UP e o uso de medidas para prevenção pelos cuidadores. Ribeirão Preto, 2014

Risco para UP			
Mudança de decúbito	Sim	Não	Total
Sim	13 (100,0%)	3 (30,0%)	16
Não	-	7 (70,0%)	7
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Alívio da pressão quando sentado	Sim	Não	Total
Sim	8 (61,5%)	3 (30,0%)	11
Não	2 (15,4%)	7 (70,0%)	9
Não se aplica	3 (23,1%)	-	3
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Uso de almofada para sentar-se	Sim	Não	Total
Sim	4 (30,8%)	-	4
Não	6 (46,1%)	10 (100,0%)	16
Não se aplica	3 (23,1%)	-	3
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Uso de coxim para alívio da pressão calcânea	Sim	Não	Total
Sim	7 (53,8%)	1 (10,0%)	8
Não	6 (46,2%)	9 (90,0%)	15
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Uso de lençol móvel para movimentação no leito	Sim	Não	Total
Sim	3 (23,1%)	-	3
Não	10 (76,9%)	10 (100,0%)	20
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23

Identificou-se que todos os pacientes em risco eram reposicionados pelos cuidadores com mudança de decúbito.

Quanto à frequência da mudança de decúbito, dois (15,4%) eram reposicionados entre duas a três vezes por dia, oito (61,5%), quatro vezes por dia, dois (15,4%), entre cinco a seis vezes por dia. Um (7,7%) cuidador referiu realizar a mudança de decúbito oito vezes por dia.

O alívio de pressão quando sentado era feito para oito pacientes que tinham risco (61,5%). Quanto à frequência, dois (25,0%) cuidadores realizavam quatro vezes por dia, cinco (62,5%) realizavam entre cinco e seis vezes por dia e um (12,5%) realizava oito vezes por dia.

Dos dez pacientes em risco que permaneciam sentados por algum período do dia, apenas quatro utilizavam almofadas para se sentarem, visando à diminuição da pressão isquiática.

Quanto ao uso de coxim para alívio da pressão calcânea, sete pacientes (53,8%) em risco para UP o realizavam, e apenas três (23,1%) faziam uso de lençol móvel para a movimentação no leito.

Após dois meses da coleta de dados inicial, foi realizada entrevista por telefone com todos os cuidadores dos pacientes que obtiveram escore menor ou igual a 18 na Escala de Braden e/ou que tinham UP por ocasião da primeira etapa da coleta.

Identificou-se que, dentre os oito pacientes sem UP, não houve nenhuma ocorrência de lesão. Cinco referiram melhora do quadro de saúde, e três permaneciam com a mesma condição. Dois estavam em AD e recebiam VD.

Quanto aos cinco pacientes que tinham UP na primeira fase, todos estavam em AD, sendo que três apresentaram melhora do quadro geral, um manteve o mesmo quadro e um outro piorou.

Quanto à evolução da UP, um relatou a cicatrização da lesão, e três relataram que a UP estava em fase de cicatrização. Porém o paciente com piora do quadro geral permanecia acamado 24 horas por dia, apresentando piora do aspecto das lesões na região sacral e isquiática. Continuava a receber VD semanalmente.

Discussão

5. DISCUSSÃO

O perfil da população estudada apresenta uma frequência um pouco mais elevada de adultos (12) em relação aos idosos (11). Provavelmente o resultado seja decorrente da natureza da pesquisa, que envolveu o acompanhamento de pacientes que sobreviveram ao episódio de internação em hospital de urgência.

Também foi identificada a mesma distribuição em relação ao sexo, com maior frequência de mulheres (12) em relação aos homens (11).

Mais de 65% dos indivíduos eram brancos. Tais resultados são semelhantes aos encontrados por Chayamiti, que, em 2008, investigou o perfil sociodemográfico de indivíduos adultos ou idosos em assistência domiciliar em Ribeirão Preto.

Quanto à procedência, 73,9% eram residentes de Ribeirão Preto, um resultado esperado, considerando que o hospital onde estiveram internados faz parte do SUS e é a referência prioritariamente terciária para os pacientes da cidade.

Analisando as informações quanto à escolaridade e comparando-as com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009, observa-se que os indivíduos estudados apresentam tempo médio de estudos de 5,65 anos, inferior ao da população do Estado de São Paulo, onde o tempo médio de estudo das pessoas de 25 anos ou mais, em 2010, foi 8,2 anos (BRASIL, 2010a).

A baixa escolaridade dos participantes do estudo em relação aos habitantes do estado de São Paulo (BRASIL, 2010a) é evidenciada pela comparação da porcentagem de analfabetos e dos que concluíram o ensino fundamental. Em 2010, a porcentagem de analfabetos no estado de São Paulo era de 7,5%, inferior à encontrada no presente estudo (13%); e a porcentagem da população do estado de São Paulo que não completou o ensino fundamental I era de 8,7%, inferior a encontrada nesta pesquisa (39,1%).

Os resultados relacionados à profissão são decorrentes das características do município de Ribeirão e de outras cidades próximas, que concentram maior número de empregos nessas categorias, assim como os apresentados por Chayamiti em 2008. Já o grande número de aposentados, pensionistas e dos que recebiam auxílio-doença deve-se à natureza da pesquisa desenvolvida com pacientes em condições crônicas e agudas após a hospitalização, e também à porcentagem de idosos (47,8%).

A respeito dos arranjos familiares em relação à moradia, dados da PNAD de 2009 apontam que, no Estado de São Paulo, 87,8% moravam com pessoas da família, e apenas 11,9% viviam sozinhos. No presente trabalho, com exceção de um paciente (4,3%), a maioria também morava junto com familiares. Assim, concluímos que a fonte de apoio principal desses pacientes é a família (BRASIL, 2010a).

A identificação dos esposos como cuidadores principais mais frequentes representa a característica das famílias dos indivíduos participantes e os arranjos familiares da moradia. Esses arranjos são evidenciados quando filhos e netos também assumiram o papel de cuidador, tornando clara a convivência intergeracional.

A renda média familiar referida ficou em torno de um a dois salários-mínimos para a maioria dos entrevistados (60,9%), enquanto 8,7% contavam com menos de um salário-mínimo por mês, diferentemente do que foi identificado na PNAD de 2009 no Estado de São Paulo, onde 19,2% da população tinham renda de menos de um salário mínimo por mês e 28,1% tinham renda de um a dois salários mínimos mensais (BRASIL, 2010a).

Em um estudo realizado em Belo Horizonte, com o objetivo de identificar as variáveis associadas como subsídios à gestão do cuidado pelas equipes de saúde, foram entrevistados 114 pacientes assistidos na modalidade AD. Desse total, 69,3% eram mulheres, 65,7% tinham mais de 66 anos, 89,3% estudaram até o ensino fundamental, 72,8% recebiam menos que dois salários-mínimos. Além disso, 76,3% eram acompanhados por cuidadores, que, na maior parte das vezes (95,4%), eram membros da família (PIRES et al.,2013). Tais resultados assemelham-se aos encontrados no presente estudo.

A quantidade significativa de idosos presentes em ambos os trabalhos demonstra a necessidade de políticas e planos de cuidados específicos para tal faixa etária.

Na promoção à saúde dos idosos, o enfermeiro tem o importante papel de conceder atenção integral aos mesmos, prestar atendimento domiciliar quando necessário, fazer orientações aos pacientes, familiares e cuidadores, e supervisionar e coordenar o trabalho da equipe de saúde no atendimento. Em um estudo realizado por Fontenele et al. em 2013, foram descritas ações de promoção da saúde do idoso sob o olhar de enfermeiros da Atenção Básica, com destaque para a visita

domiciliar. Tal atividade é vista como um espaço no qual o enfermeiro desenvolve a promoção à saúde dos idosos integralmente, e também facilita o acesso aos serviços de saúde dos que estão impossibilitados de se locomoverem até a Unidade Básica de Saúde.

Para que a abordagem do enfermeiro aos idosos seja integral e contextualizada, faz-se necessário um bom planejamento das ações, visando sistematizar a assistência que será prestada, pois essa vai além do tratamento, passando também pela prevenção de agravos, educação em saúde e reabilitação (RAIMUNDO et al., 2010).

A Política Nacional do Idoso no Brasil, apresentada na Lei nº 8.842 de 1994, tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, exercendo sua cidadania (BRASIL, 1994). Tal lei dispõe que a aplicação da mesma cabe aos poderes públicos e à sociedade.

A partir dessa Política, foi discutida a concretização dos direitos à promoção da vida e da liberdade e a erradicação de desigualdades e discriminação contra o idoso. Também foi apresentado o Estatuto do Idoso, que discute direitos fundamentais do Idoso relacionados a todos os diferentes setores, sendo que a enfermagem possui responsabilidade no cumprimento do direito à saúde, assegurando ao idoso o planejamento da assistência de forma integral (RODRIGUES et al., 2007).

Em 1999, foi criada a Política Nacional de Atenção ao Idoso, visando à promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, recuperação da saúde, preservação e reabilitação da capacidade funcional dos idosos (BRASIL, 1999).

Todas essas políticas estão bem traçadas, e cabe aos gestores e às equipes de saúde debaterem as prioridades de atenção e cumprirem seu papel para as colocarem em prática. A enfermagem deve identificar os problemas do idoso dentro do contexto familiar e social, e realizar intervenções no ensino, pesquisa e assistência (RODRIGUES et al., 2007).

As morbidades referidas pelos pacientes no estudo foram principalmente traumas decorrentes de acidentes seguidos por doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e acidente vascular cerebral. Também

podemos identificar a presença dessas doenças crônicas, considerando os medicamentos usados diariamente pelos pacientes.

Encontramos na literatura que, entre os idosos, as comorbidades mais frequentes são doenças crônicas do aparelho circulatório, como Hipertensão Arterial, Cardiopatia, AVC e doenças degenerativas, como Parkinson e Alzheimer. Tal achado foi confirmado por Chayamiti (2008), em estudo com pacientes atendidos em domicílio em Ribeirão Preto/SP; por Aguiar et al. (2012), em estudo com idosos com limitações físicas em João Pessoa/PB; e também por Freitas e Alberti (2013), em estudo com pacientes atendidos em domicílio em Belo Horizonte/MG.

Em um estudo transversal realizado por Chacon et al. (2009), em São Paulo, com 365 idosos residentes em seis Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), identificou-se que as principais condições de saúde presentes na admissão eram hipertensão (47,5%), doenças respiratórias e cardiovasculares (37,5%), neurológicas (27,5%), demência (22,5%), Alzheimer (15%), diabetes (12,5%) e neoplasia (2,5%).

Também podemos comparar esses dados com os indicadores de morbimortalidade brasileiros, que mostram que, entre os jovens e adultos, os maiores índices de mortalidade são por causas externas, e que, entre os idosos, são por doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2010b).

O estudo de Nogueira (2010), desenvolvido com indivíduos com lesão traumática da medula espinhal atendidos em instituições de saúde de Ribeirão Preto entre os anos de 1998 e 2008, identificou que a maioria (71,4%) tinha entre 20 a 39 anos, confirmando que essa faixa etária tem maior propensão a esses traumas. Além disso, no mesmo estudo, a causa da lesão medular de 40% dos pacientes foi acidente envolvendo veículos automotores.

Em relação à idade e o risco para UP, a literatura apresenta que os pacientes mais velhos apresentam maior risco para UP, considerando a pontuação da Escala de Braden. Esse resultado foi encontrado em pesquisas já citadas, que fizeram avaliação de indivíduos atendidos em domicílio utilizando a Escala de Braden (FREITAS; ALBERTI, 2013). No estudo de Chayamiti (2008), com pacientes atendidos no domicílio, em Ribeirão Preto, dos 33 pacientes em risco para UP pela Escala de Braden, 75,5% eram idosos. Bezerra (2010), em estudo realizado com acamados atendidos no domicílio pela Estratégia de Saúde da Família, em

Teresina/PI, encontrou que 57,1% dos pacientes em risco para UP tinham mais de 60 anos.

O cuidado dos usuários com as doenças crônicas deve ser integral, mas isso só é possível se o cuidado for organizado em rede, trazendo a atenção básica como porta de entrada do sistema, com uma equipe multidisciplinar que tenha como objetivo coordenar o cuidado e atender as necessidades de saúde da população, de maneira integrada (BRASIL, 2012).

As condições crônicas de saúde requerem gerenciamento contínuo por vários anos ou décadas, e sistemas organizados de assistência são essenciais para a produção de resultados positivos (OMS, 1995).

Rabeh, em estudo realizado em 2007 com 22 pacientes com lesão de medula espinhal, que, dentre outros objetivos, buscou identificar as condições de cuidado domiciliar, e o acesso e utilização dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, encontrou que 18 (81,8%) utilizavam os serviços de saúde da cidade. Os serviços mais utilizados eram: UBS do bairro (36,4%), ambulatório do HCFMRP (31,8%) e Unidade de Emergência (27,3%). Porém não havia integração entre os atendimentos realizados nos diferentes serviços, sendo comum a consulta médica (72,7%), a fisioterapia (45,5%) e o atendimento de enfermagem para a realização de curativo da UP (13,6%).

Sabe-se que as doenças crônicas podem se agudizar, gerando incapacidades, perda da qualidade de vida e, conseqüentemente, dificuldade de locomoção e acesso até o serviço de saúde. Nesse estudo, oito (34,8%) pacientes ainda estavam acamados no momento da entrevista, entretanto alguns já conseguiam realizar algumas atividades da vida diária sozinhos, apesar de contarem com apoio de cuidadores.

Outro aspecto das doenças e condições crônicas são os frequentes episódios de hospitalização em momentos de crise ou agudização do problema. No presente estudo, além da internação hospitalar na Unidade de Emergência, 21,7% dos pacientes estiveram internados mais uma vez, e 4,3% estiveram internados mais duas vezes no período de um ano. Além disso, grande parte dos pacientes esteve internada por um período de 30 a 60 dias, sendo essa uma internação considerada longa. No estudo de Chayamiti (2008), 48,9% dos pacientes tiveram internações nos

12 meses anteriores à pesquisa, com duração de no mínimo três e no máximo 22 dias.

A realização da pesquisa em saúde é também norteada pela necessidade dos serviços de tal modo que os resultados encontrados sejam divulgados para os envolvidos no cuidado e ainda ser explorados e, aproveitar para refletir e intervir na prática.

A úlcera por pressão é um sério problema de saúde pública, advinda por consequência de agravos, patologias e condições crônicas de saúde, e o enfermeiro e equipe devem estar capacitados para os cuidados de enfermagem, considerando as peculiaridades do paciente, família/cuidador e o contexto de seu domicílio, com enfoque nas ações preventivas.

Para a cicatrização total da úlcera é importante avaliar todos os fatores presentes que interferem no processo cicatricial para realizar as intervenções afins, entretanto, trata-se de tratamento multifatorial, compreendendo desde a mudança de posicionamento até mesmo a alteração de terapia medicamentosa, evitando ou minimizando as dificuldades para a cicatrização. Realizar a prevenção das UP tem sido tradicionalmente responsabilidade da equipe de enfermagem, pelo seu processo de trabalho, mas é evidente a necessidade da atuação da equipe multidisciplinar no manejo da UP, planejamento e implementação do projeto terapêutico singular e compartilhado.

Quanto ao risco para UP em pacientes atendidos no domicílio, no estudo de Pires et al. em 2013, 41,2% dos entrevistados apresentavam-no, de acordo com a Escala de Braden. Já no estudo de Chayamiti em 2010, 70,2% apresentavam tal risco. No presente estudo, encontramos que 56,5% dos pacientes estavam em risco para UP após a alta hospitalar. Porém, levando-se em conta que todos os participantes apresentavam risco para UP durante a internação, observa-se que houve uma melhora na condição dos mesmos após a alta.

O risco para UP pode variar de acordo com a mudança do estado geral de saúde do paciente. Como essas mudanças podem aumentar o risco e aumentar a vulnerabilidade do mesmo à ocorrência da UP, a monitoração deve ser frequente (NPUAP/EPUAP/PPPIA , 2014).

No documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a UP é considerada um dos eventos adversos passíveis de

prevenção. O primeiro eixo do PNSP é o estímulo a uma prática assistencial segura, e os protocolos constituem instrumentos para a construção dessa prática, sendo componentes obrigatórios dos planos de segurança dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014). O protocolo para prevenção de UP, divulgado em julho de 2013, apresenta as etapas essenciais para a adoção de ações para avaliar e reduzir o risco e a ocorrência do problema (BRASIL, 2013d).

Acredita-se que a identificação da ocorrência da UP em pacientes em risco, os fatores de risco presentes e as medidas utilizadas ou não para manejo da vulnerabilidade e da lesão podem contribuir para a prevenção de novas ocorrências (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Neste presente estudo identificou que a taxa de prevalência de UP foi de 21,7%. Entretanto, devemos considerar que, neste estudo todos os pacientes estiveram internados em um hospital de emergência, tendo recebido alta hospitalar no máximo dois meses e meio antes da coleta de dados, o que pode dificultar a comparação com os resultados de outros trabalhos realizados com outras metodologias.

Encontrou-se que os pacientes em risco para UP tiveram maior frequência de UP do que os classificados sem risco, resultado semelhante aos encontrados por Chayamiti (2008), Bezerra (2010) e Freitas e Alberti (2013) em estudos com pacientes que recebiam AD.

Ainda, em todas as seis subescalas da Escala de Braden, os valores médios foram menores nos pacientes com UP do que nos que não apresentavam UP, o que também foi encontrado em outros estudos brasileiros (BEZERRA, 2010; FREITAS; ALBERTI, 2013).

Assim, os resultados deste estudo confirmam que a Escala de Braden demonstra ser instrumento adequado para identificar os pacientes com maior risco, sendo, portanto, vulneráveis a terem UP; e que, se utilizada como parte da avaliação dos indivíduos nos diferentes serviços de saúde, poderia contribuir na identificação dos fatores de risco dos pacientes e no estabelecimento das medidas adequadas para a prevenção e manejo do problema.

O local mais frequente das UP foi a região sacral, seguida da região calcânea, que são os locais de ocorrência mais frequente em pacientes que permanecem por longos períodos em decúbito dorsal. Também no estudo realizado por Chacon et al

(2009) em pacientes de Instituições de Longa Permanência de Idosos, em São Paulo, e no estudo de Bezerra (2010), em pacientes acamados nos domicílios, a região sacral foi a mais frequente com ocorrência de 79,1%. Já no estudo de Chayamiti (2008), o local de maior frequência de UP foi a região do trocânter do fêmur, seguido da região do calcâneo.

A classificação das UP em categorias representa o comprometimento dos tecidos, considerando os planos anatômicos. Neste estudo, as úlceras ocorreram com maior frequência na categoria II (pele) e na categoria III (com comprometimento do tecido subcutâneo). No estudo de Chayamiti (2008), as úlceras apresentavam-se nas quatro categorias, mas as maiores frequências foram na categoria I (pele intacta com área de hiperemia que não embranquece) e na categoria IV (perda total de tecido com exposição de músculo, tendão ou osso).

Os produtos mais utilizados no tratamento das UP foram o ácido graxo essencial (AGE) e a cobertura de Hidrocoloide. O AGE, que foi também citado como produto mais utilizado por pacientes no estudo realizado por Bezerra (2010), em Teresina, no Piauí, é disponibilizado nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto como parte do protocolo utilizado para tratamento de feridas crônicas (CALIRI et al., 2013). Segundo autores pesquisados (MANHEZI; BACHION; PEREIRA, 2008), o AGE traz benefícios a feridas que apresentam tecido de granulação, pois mantém o meio úmido, acelera o processo de granulação tecidual, promove mitose e proliferação celular, e aumenta a permeabilidade da membrana celular. A Cobertura de Hidrocoloide também é disponibilizada nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto para pacientes acompanhados pelo SAD, tendo sido um dos produtos de uso mais frequente nos pacientes do estudo de Chayamiti (2008). Tem a função de proteger os tecidos novos e frágeis, manter a umidade do tecido, permitir o desbridamento autolítico e reduzir a dor da ferida (CALIRI et al., 2013).

Quanto ao tempo da presença das UP, verificamos que as lesões na categoria I eram mais recentes do que as úlceras nas categorias II e III. Esse resultado demonstra que os fatores tempo e a intensidade da pressão nas proeminências ósseas, apresentados no modelo conceitual que explica a etiologia da UP (EPUAP; NPUAP, 2009), precisam ser considerados na avaliação das lesões e também incorporados nas decisões sobre as medidas de prevenção e tratamento recomendadas aos pacientes em risco. Também no estudo de Chayamiti (2008), a

maioria das lesões tinham surgido havia 16 semanas e estavam nas categorias II, III e IV, confirmando que, quanto maior o tempo de lesão, maior é o acometimento dos tecidos, se forem considerados os planos anatômicos.

A avaliação da dor deve ser realizada em todos os pacientes com UP, já que a dor pode ocorrer independente dos procedimentos para tratamento da lesão (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014). Neste estudo, dos cinco pacientes com UP, apenas dois pacientes sem a lesão não apresentavam dor, mas devemos considerar que eram pacientes com sequelas neurológicas que afetam a percepção sensorial. O resultado da avaliação da dor deve nortear as intervenções para o seu manejo (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Em revisão sistemática realizada por Gorecki et al. (2011), os autores identificaram que os participantes dos estudos que apresentavam UP na categoria/estágio II, tinham dor em grau menos severo do que os pacientes com UP nas categorias III e IV. Os autores construíram um referencial teórico a partir dos resultados do estudo, estabelecendo cinco domínios para a dor: comunicar a dor, sentir a dor, impacto da dor, automanejo da dor e manejo pelo profissional.

O estado nutricional é importante variável que deve ser avaliada em pacientes em risco ou com UP. Sabe-se que a desnutrição pode alterar a regeneração tissular, a reação inflamatória e a função imune. Além disso, o emagrecimento reduz a camada de gordura, reduzindo também a proteção contra a pressão (SERPA; SANTOS, 2008).

Segundo estudos epidemiológicos que fundamentam as recomendações da NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014), para avaliação nutricional dos indivíduos, as variáveis que indicam desnutrição em potencial (baixo peso corporal e ingestão oral pobre) são fatores de risco independentes para a ocorrência de UP. Argumenta-se ainda que muitos indivíduos com condições crônicas e agudas, que têm risco para desenvolvimento de UP ou que já têm a UP, sofrem de perda de peso não intencional. Neste estudo, 15 (65,2%) dos pacientes referiram ter apresentado perda de peso recente, e dos 5 pacientes com UP, 4 (80%) referiram ter apresentado perda de peso. As recomendações do NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) apontam a necessidade de intervenções específicas para avaliação nutricional por especialista e para manejo da situação com o oferecimento de suplementos que atendam os requerimentos de cada paciente.

Identificou-se que, em relação ao contexto do cuidado domiciliar, a maioria dos pacientes foi encaminhada para serviços de saúde após a alta hospitalar, enquanto alguns não estavam fazendo o seguimento no momento da coleta de dados, dois por se considerarem curados do problema que os levou à internação e um outro porque tinha recebido alta no dia anterior, e iniciaria o seguimento em breve.

O Ambulatório do HCFMRP foi o local onde 88,9% dos pacientes estavam realizando o seguimento, e apenas 11% em UBS. Ficou evidenciado que a maioria deles era acompanhada somente para consulta médica de especialistas e não haviam retornado para a Atenção Básica, em que deveriam ser também acompanhados em conjunto com o atendimento ambulatorial.

Esse modelo de atenção mostra-se inadequado para a nova situação de saúde brasileira. Faz-se necessária uma mudança no modelo hegemônico atual, centrado na doença e no atendimento à demanda espontânea, como ocorre na agudização das doenças crônicas (BRASIL, 2013a).

O cuidado em saúde parte da premissa da promoção da saúde, preservação e proteção da vida, para tanto, implica em intervenção tanto direta, quanto em ações que são desenvolvidas em prol da plena restauração da pessoa, incluindo o espaço que a integra, de maneira a manter-se em equilíbrio.

O cuidado domiciliar teve início há muitas décadas, mas sem procedimentos sistematizados. Com o passar do tempo, houve a introdução de cuidado no domicílio envolvendo a tecnologia e recursos terapêuticos, com o mesmo objetivo de manter o paciente junto à família. Atualmente, esse conceito está revisado e busca atender a demanda de pacientes que necessitam de cuidados domiciliares com intervenção técnica. Assim, as estratégias e políticas públicas são reformuladas para mudança de modelo de atenção a saúde centrada no usuário e cuidado, com a reforma sanitária, na busca por garantir uma assistência universal, integral e equânime a todos, ocorre o processo de implantação do SUS, levando a mudança de paradigma, reorganizando a assistência, com uma nova visão da família com o foco no espaço onde vive, e o domicílio transforma em um potente cenário para responder a problemas e necessidades de saúde e seus determinantes.

Com o cuidado organizado em rede, cada serviço deve ser um componente fundamental da integralidade, para superar a fragmentação da gestão e da atenção e assegurar ao usuário o conjunto de ações de saúde com efetividade, eficiência, segurança e qualidade. A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem como objetivos fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, garantir o cuidado integral a pessoas com doenças crônicas, impactar positivamente nos indicadores relacionados a doenças crônicas, contribuir para a promoção de saúde e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2012).

Os Serviços de Atenção Domiciliar devem ajudar na gestão do cuidado dos pacientes no domicílio e realizar articulação nos pontos de atenção para ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. É necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações e que a família participe deste planejamento.

Para manter a continuidade do cuidado, podem ser elaborados formulários específicos para AD, que possibilitam que o paciente transite entre os serviços com informações de qualidade. A comunicação também pode ser ampliada, seja por telefone, e-mail, fax, e se necessário, reunião presencial entre os profissionais da AD e outros serviços, nos casos de maior complexidade.

A atenção domiciliar pode proporcionar maior conscientização ao paciente e cuidador sobre a doença. No domicílio, as prioridades de cuidado são diferentes daquelas oferecidas no nível hospitalar, sendo mais que um tratamento médico ou algum procedimento realizado na residência. Tal cuidado deve enfatizar a autonomia do cliente, fornecer-lhe apoio e informação, proporcionando maior tranquilidade à família no cuidado ao doente (DAMACENO; SILVEIRA; WEILLER, 2011). A família é a principal fonte de apoio sempre que ocorrer incapacidade e dependência em algum dos membros, o que é mais comum no idoso.

Com a possibilidade da alta precoce, há uma tendência de decréscimo da assistência a saúde a nível hospitalar, não só por questões econômicas, mas também pelas vantagens da AD, principalmente as referentes a humanização.

O enfermeiro deve estar preparado para realizar a abordagem da família de maneira adequada, priorizando a educação em saúde devido a sua intensa relação entre realidade e anseio de melhoria do cotidiano das famílias. E com o auxílio da equipe multiprofissional, seu conhecimento científico e visão holística é possível

estimular a autoconfiança do cuidador, além de propiciar uma maior segurança na realização do cuidado.

A educação permanente é uma estratégia imprescindível para os profissionais, com empenho e dedicação por parte de gestores e profissionais por ser um processo constante pelo aperfeiçoamento.

Dos 23 pacientes estudados, nove receberam VD após a alta hospitalar e a maioria deles apresentava risco para UP. Apenas um dos pacientes que receberam VD não era morador de Ribeirão Preto, cidade que conta com serviços de AD, como a Estratégia de Saúde da Família e o SAD, que têm como propósitos promover a prestação de assistência integral à saúde da comunidade, incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família/cuidador em relação ao autocuidado em saúde, e também integrar a rede de serviços e a família (CHAYAMITI, 2008).

O número de visitas recebidas (média de 2,4) foi pequeno, o que pode ser explicado pelo curto período de tempo entre a alta hospitalar e a data da entrevista para coleta de dados na primeira fase da pesquisa.

A maioria das visitas foi realizada por profissionais de enfermagem, principalmente para curativos, tanto no caso de UP como no de feridas operatórias.

A respeito da prevenção de UP, a maioria dos pacientes entrevistados ou dos seus cuidadores (69,5%) referiu ter recebido orientações durante a internação hospitalar para o cuidado no domicílio. As orientações foram focadas na mudança de decúbito, na hidratação da pele e também no uso de colchão caixa de ovo ou de ar ou de água. Observa-se, assim, que as orientações foram centradas em medidas tradicionais, e não incorporaram outras ações importantes amplamente divulgadas nas diretrizes para a prática clínica e mesmo no protocolo de prevenção da úlcera por pressão do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014). Esse achado evidencia uma falha da assistência prestada durante a hospitalização já que grande parte dos pacientes (52,4%) tinham risco para a UP e necessitavam de informações sobre ações para manejo dos problemas que os colocavam em risco.

As orientações para prevenção de UP nas instituições hospitalares deveriam ser embasadas em protocolos, para que na transição do hospital para o domicílio, pacientes em risco não serem acometidos por essa complicação.

Sobre as medidas utilizadas no domicílio para o manejo dos fatores de risco, observamos que, dos 13 pacientes em risco, todos tinham a mudança de decúbito realizada com uma frequência que variava entre duas a oito vezes por dia. Já no estudo de Chayamiti (2008) com pacientes assistidos em domicílio, em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto/SP, em menos de 60% essa medida era realizada. Em outro estudo realizado em Fortaleza para avaliação do efeito de protocolo de prevenção de UP em idosos assistidos em domicílio, Moraes (2010) identificou que somente 40% dos cuidadores realizavam corretamente a mudança de decúbito a cada duas horas.

O estudo atual identificou que grande parte dos pacientes em risco para UP permanecia por longos períodos na posição sentada. Quanto ao uso de medidas para alívio da pressão, a maioria (61,5%) dos pacientes referiu realizá-lo, mas somente quatro (30,8%) usavam almofada para se sentarem. Esse resultado pode ser decorrente da falta do equipamento necessário, já que o mesmo geralmente deve ser comprado pela família. No estudo de Moraes (2010), somente 25% dos pacientes realizavam o alívio de pressão quando sentados e utilizavam almofadas para se sentarem.

A respeito do alívio de pressão na região dos calcâneos, no presente estudo, sete (53,8%) pacientes em risco para UP referiram realizá-lo. No estudo de Chayamiti (2008), 25 (53,2%) pacientes utilizavam almofadas ou travesseiros para elevarem os calcâneos, e, no estudo de Moraes (2010), 50% apresentavam adesão à recomendação.

Outra medida recomendada para prevenção é o uso do lençol móvel para a movimentação do paciente no leito, evitando as forças de fricção e cisalhamento. Neste estudo, apenas 23,1% dos pacientes em risco para UP fizeram uso desse artifício, diferentemente do que foi encontrado por Moraes em 2010, quando 75% dos cuidadores usaram esse recurso.

Quanto ao uso de colchões especiais para a prevenção de UP, neste estudo, cinco (48,5%) dos 13 pacientes em risco referiram utilizá-los, sendo que dois utilizavam colchão de espuma tipo “caixa de ovo” e três colchão de ar. No trabalho realizado por Moraes em 2010, 55% dos pacientes também utilizavam colchões especiais, e o restante relatou não ter condições financeiras para adquiri-los ou não achavam seu uso necessário. Estudo realizado por Bezerra (2010) em Teresina,

PiauÍ, identificou que a maioria dos pacientes acamados utilizavam colchão comum de espuma ou de molas (63,73%), enquanto 26,47% utilizavam redes.

Assim, identificou-se neste estudo e em outros, realizados no contexto domiciliar no Brasil, que muitas medidas recomendadas para a prevenção da úlcera não são utilizadas pelos pacientes em domicÍlio, provavelmente em decorrência da falta de recursos materiais e humanos, do conhecimento e da educação do paciente e de cuidadores para compreenderem o embasamento das medidas de prevenção que são recomendadas pelos profissionais.

Resultados de estudo desenvolvido, na Bélgica, por Paquay et al. (2008) também apresentam o baixo uso das medidas de prevenção em pacientes cuidados no domicÍlio. O estudo avaliou a participação de cuidadores na prevenção da UP em seus familiares, considerando as medidas recomendadas em um protocolo nacional. A inspeção diária da pele para 48,4% dos pacientes em risco e o reposicionamento para 42,3% dos pacientes em risco foram as ações realizadas com mais frequência pelos cuidadores. Materiais e equipamentos para a prevenção foram pouco usados. Somente 12,2% dos pacientes com UP fizeram uso de colchão pneumático, em adesão às recomendações do protocolo. Em geral, dos 744 pacientes em risco, somente 33 (4,4%) receberam medidas de prevenção recomendadas no protocolo.

Mesmo na AD a equipe de enfermagem deve-se preocupar para ajudar a família a desenvolver um ambiente em condições favoráveis para o cuidado, eleger a provisão e previsão de materiais ou tecnologia que facilitam as práticas em saúde, especificamente para a prevenção de UP. É relevante destacar que o desenvolvimento da UP pode estar relacionado a muitos fatores, como as dificuldades nas limitações do serviço, no processo de trabalho e na atuação dos cuidadores e, que são questões que ultrapassam a dimensão técnica da assistência em saúde e que são estruturais na organização e funcionamento dos serviços de saúde. Podemos observar que no município que o SAD está um pouco mais estruturado os pacientes e os cuidadores têm ganhos em relação a atenção a saúde, uma vez que o suporte e apoio dado nos domicÍlios favorecem a evolução desejada, no caso a cicatrização da UP, devido ao vínculo estabelecido, a adesão ao tratamento e as medidas de prevenção. Nessa perspectiva, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde envolvido na assistência ao acamado, deve planejar práticas de cuidado capazes de promover a saúde, a adesão ao tratamento e

estimular o autocuidado, conhecendo crenças, valores e aspectos culturais que interferem diretamente na evolução do paciente, referentes aos componentes cognitivo, afetivo e comportamental, que tem a ver com apreender, aprender a se cuidar e decidir como se cuidar. A percepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais, que têm relação direta com suas crenças e valores, formados ao longo da vida.

No estudo aqui apresentado, identificou-se que, dois meses após a coleta de dados em que foi realizada a avaliação do risco do paciente para UP, nenhum paciente apresentou novas úlceras, e a maioria das lesões apresentava evolução para cicatrização. Também a AD continuava a ser prestada pelos serviços a todos os pacientes com UP.

Considerando os resultados desse estudo, que teve como parte do objetivo geral identificar o risco para UP após a internação, com avaliação dos pacientes em seus domicílios, destaca-se a importância de se estabelecer mecanismos de comunicação entre os serviços para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

O primeiro passo para a prevenção da UP é reconhecer os pacientes em risco para o seu desenvolvimento. Após identificação desses pacientes deve-se estabelecer o programa de prevenção, no entanto, a assistência deve ser individualizada, além da habilidade e julgamento clínico do enfermeiro nessa atenção é importante o uso de escala para a avaliação de risco. O cuidado deve englobar para além da anamnese e exame físico, o enfermeiro deve conhecer e utilizar essas escalas para avaliação de risco em desenvolver a úlcera por pressão, verificar quais as atividades o paciente poderá realizar e quais ele possui dependências, enfim conhecer seu nível de dependência, com objetivo de atender suas necessidades básicas diárias e realizar intervenções com destaques para as medidas de prevenção.

A Escala de Braden é um instrumento importante como parte do protocolo do serviço, para elencar os pacientes vulneráveis para o desenvolvimento da UP e priorizá-los para a AD, favorecendo também as orientações e capacitações aos cuidadores que se sentirão mais seguros para o cuidado após a alta.

Os resultados discutidos nesse trabalho podem interferir na qualidade da atenção à saúde, o que pode levar os profissionais a apreender a necessidade de

medidas preventivas, a atenção integral humanizada, refletindo e analisando a prática, o contexto e os aspectos do cuidado. A quantidade expressiva de idosos presentes nos trabalhos apontados demonstra a necessidade de políticas e planos de cuidados específicos para tal faixa etária. Assim como, há necessidade de investimentos na formação dos profissionais, conhecer as alterações do perfil morbimortalidade da população e atualizar e aperfeiçoar-se quanto ao avanço tecnológicos.

Em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir de tal trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população. Isto acontece a partir de movimentos para a conscientização da importância de outros profissionais para a atenção integral da população. O trabalho com os cuidadores é um desafio a ser vencido pelos profissionais, considerando que na AD, os cuidadores são sujeitos ativos no cuidado fazem a diferença na evolução dos pacientes, as famílias brasileiras estabelecem arranjos familiares, e nesse estudo encontra-se esposos como cuidadores principais frequentes. Assim, esses arranjos são também evidenciados quando filhos e netos assumiram o papel de cuidador, tornando clara a convivência intergeracional.

Para o manejo do problema, o cuidado deve ser organizado em rede, cada serviço deve ser um componente fundamental da integralidade. Há necessidade de fomentar cada serviço a utilizar-se de protocolos e recomendações para a questão, inserir os Serviços de Atenção Domiciliar para ajudar na gestão do cuidado dos pacientes no domicílio e realizar articulação nos pontos de atenção para ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. A autonomia do paciente e família deve ser estimulada, com conscientização de escolhas assertivas. O preparo para alta, considerando a de forma segura deve ser uma abordagem realizada com a família desde a internação. As orientações devem ser respaldadas nas recomendações ou diretrizes para a prática clínica e no protocolo de prevenção da úlcera por pressão do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

Existem sociedades, conselhos consultivos e grupos sobre a prevenção e tratamento de UP, que elaboram diretrizes embasadas em estudos, que fazem a divulgação do tema, o enfermeiro pode se aproximar dessas ferramentas e

órgãos, dominando o conhecimento e podendo também ser agente transformador da prática.

No Brasil existem iniciativas que contemplam a qualidade dos serviços de saúde e de cuidados de enfermagem, assim como os de segurança do paciente, com o objetivo geral de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde.

Enfim, toda instituição ou serviço deve conhecer sua realidade, preocupar em propor a atenção com excelência, elaborando protocolos, normas e rotinas utilizando evidências científicas atualizadas.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

As conclusões deste estudo são apresentadas de acordo com os objetivos propostos.

6.1. Quanto ao perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes:

- A média de idade dos pacientes foi de 50,07 (DP 20,97), a faixa etária predominante foi de indivíduos com mais de 60 anos (47,8%).
- Houve o predomínio de pacientes do sexo feminino (52,2%) e da cor da pele branca (65,2%).
- Quanto à procedência, 73,9% eram residentes de Ribeirão Preto.
- A média de tempo de escolaridade era de 5,65 anos (DP 4,06), e 47,8% tinham baixa escolaridade.
- Em relação à profissão, a maior frequência foi dos profissionais dos Serviços e Vendedores do Comércio (39,1%), porém a maioria (82,6%) eram pensionistas, aposentados ou recebiam auxílio-doença.
- Houve o predomínio do estado civil casado/união consensual (43,5%).
- Em relação aos arranjos familiares para moradia, 39,1% moravam com esposo e filhos, 21,7% moravam com filhos e 17,4% moravam com esposo.
- A maioria dos pacientes (60,9%) tinha renda familiar média entre um a dois salários-mínimos mensais.
- Quanto ao cuidador principal, 45% eram os esposos e 25% eram os filhos.
- Sobre a morbidade referida, a mais frequente foi TCE, seguida por AVC.
- Quanto ao estilo de vida, 4,3% eram tabagistas, 21,7% eram ex-tabagistas, e 8,7% referiram ser ex-etilistas.
- Do total de pacientes, 34,8% encontravam-se acamados, sendo que o motivo mais frequente dessa restrição foi fratura de fêmur (25%).
- De acordo com o IMC, 43,3% estavam com peso normal e 17,4% estavam abaixo do peso. Quinze pacientes (65,2%) referiram perda de peso recente.
- Sobre o uso de medicamentos, 78,3% faziam o uso diário de, no mínimo, um medicamento. Os medicamentos mais utilizados pertenciam à classe dos anti-

hipertensivos (77,8%), e dos antiepiléticos, anticonvulsivantes e antidepressivos (61,1%).

- Quanto às internações prévias à internação na UE, seis pacientes estiveram internados previamente.
- O motivo mais frequente para internação na UE foi a necessidade de cirurgia (39,1%).
- Sobre o tempo de internação, a maioria dos pacientes permaneceu internada de 15 a 30 dias (56,5%).

6.2. Quanto ao nível de risco para UP pela Escala de Braden e fatores de risco pelos seus subescores:

- Doze pacientes (52,4%) apresentavam risco para UP pela Escala de Braden.
- O escore mínimo foi 9 (risco elevado), o máximo foi 23 (sem risco), e a média foi 18,3 (DP 3,9).
- Considerando o subescore Percepção Sensorial, o escore mais frequente foi “Nenhuma Limitação” (47,8%).
- Para o subescore Umidade da Pele, o escore mais frequente foi “Raramente Molhada” (65,3%).
- Considerando o subescore Atividade, o escore mais frequente foi “Caminha Ocasionalmente” (39,1%).
- A respeito do subescore Mobilidade, o escore mais frequente foi “Levemente Limitado” (47,8%).
- Para o subescore Nutrição, o escore mais frequente foi “Excelente” (56,5%).
- Considerando o subescore Fricção e Cisalhamento, o escore mais frequente foi “Nenhum Problema” (47,8%).
- Dos doze pacientes em risco, quatro apresentavam UP, e um paciente sem risco apresentava UP. Esse paciente foi incluído no grupo dos pacientes em risco para as análises subsequentes.
- A média do escore total de Braden para os pacientes em risco foi 15,46 (DP 2,75) e para os pacientes sem risco foi 22,00 (DP 1,15).
- Para os pacientes maiores de 60 anos, a frequência de risco para UP foi mais alta do que para os mais jovens.

6.3. Quanto à prevalência de UP, características da lesão e tratamento:

- A prevalência de UP encontrada foi de 21,7%, pois, dos 23 pacientes, cinco apresentavam UP.
- Nos pacientes com escores menores ou iguais a 18, a UP foi mais frequente (33,3%) do que nos com escores maiores ou iguais a 19 (9,1%).
- Entre os pacientes com UP, a média da pontuação na Escala de Braden foi de 14,00, e para os pacientes sem UP, a média foi de 19,50.
- Dos cinco pacientes com UP, dois (40%) apresentaram uma UP, e três (60%) apresentaram duas UP.
- Em relação à localização das UP, a maior frequência foi na região sacral (50%), seguida por calcâneo (37,5%) e ísquio (12,5%).
- Sobre a classificação em categorias, 25% foram classificados na categoria I, 37,5% na categoria II, e 37,5% na categoria III.
- Sobre as terapias tópicas utilizadas, as mais comuns foram a solução de AGE (37,5%) e a Cobertura (placa) de Hidrocoloide (37,5%).
- O tempo das lesões variou entre uma e 16 semanas.
- Três pacientes (60%) apresentavam dor no local da ferida.
- Dos cinco pacientes com UP, 80% referiram perda de peso recente.

6.4. Quanto ao contexto do cuidado no domicílio:

- Dos 23 pacientes, 21 foram encaminhados para algum serviço após a alta. Desses, 78,3% estavam fazendo o seguimento no momento da coleta de dados da pesquisa.
- Sobre o local onde estavam fazendo o seguimento, 88,9% eram atendidos no Ambulatório do HCFMRP e 11,1% em UBS.
- Considerando as orientações sobre o uso de medidas de prevenção de UP durante a hospitalização, 69,5% referem ter recebido alguma orientação.
- As medidas para prevenção de UP recebidas, durante a hospitalização, mais citadas foram mudança de decúbito (93,7%), hidratação da pele (75%) e uso de colchão caixa de ovo/ar (75%).

- Sobre o atendimento domiciliar, nove pacientes receberam VD. Desses, oito eram residentes de Ribeirão Preto e um de São Carlos.
- Dentre os que receberam VD, seis tinham risco para UP e quatro apresentavam a lesão.
- A média de VD por paciente foi de 2,4.
- Sobre os profissionais que realizaram as visitas, 44,4% dos pacientes receberam visita de enfermeiro, de AE e de médico; 33,3% receberam visita de enfermeiro e de AE; 11,1% receberam visita somente de enfermeiro e 11,1% receberam visita somente de AE.
- Sobre o motivo das visitas, a avaliação de curativos foi o mais citado.
- Entre os 14 pacientes que não recebiam VD de serviços de saúde, sete tinham risco para UP.
- Dos pacientes em risco, 61,5% eram acamados, e, entre os sem risco, nenhum era acamado.
- O tempo que permaneciam deitados variou entre oito a 24 horas.
- Apenas dez pacientes em risco para UP saíam do leito. O tempo que permaneciam sentados variou entre duas a 14 horas diárias.
- Em todos os pacientes em risco, era realizada a mudança de decúbito, e, na maioria (61,5%), a frequência era de quatro vezes por dia.
- O alívio da pressão quando sentado era realizado em oito dos dez pacientes em risco que permaneciam sentados por algum período do dia. A maior frequência (62,5%) era entre cinco a seis vezes por dia.
- Dos dez pacientes em risco que permaneciam sentados por algum período do dia, quatro utilizavam almofadas para se sentarem.
- Para o alívio da pressão no calcâneo, sete (53,8%) pacientes utilizavam coxim.
- Em apenas três (23,1) pacientes, era utilizado lençol móvel para movimentação no leito.
- Após dois meses da primeira etapa da coleta de dados, dos 13 pacientes em risco para UP, os oito que não apresentavam UP permaneceram sem ocorrência de lesão, cinco referiram melhora no quadro de saúde e dois recebiam VD.

- Também após dois meses, dos cinco pacientes com UP, três apresentaram melhora no quadro de saúde, um manteve o quadro e um outro piorou. Todos estavam recebendo VD.
- Sobre a evolução da UP, um paciente relatou a cicatrização da lesão, e três relataram que a UP estava em fase de cicatrização.
- Apenas um paciente apresentou piora no aspecto das lesões sacral e isquiática.

REFERÊNCIAS¹

AGUIAR, E. S. S. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 94-100, 2012. Número especial 1.

BERGQUIST, S. The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, US, v. 18, n. 3, p. 148-154, 2005.

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

BERGSTROM, N. et al. Predicting pressure risk: a multisite study of predictive validity of Braden Scale. **Nursing Research**, New York, US, v. 36, n. 5, p. 261-269, 1998.

BEZERRA, S. M. G. **Prevalência de úlceras por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados em domicílio**. 2010. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 Jan 1994. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/11737426/artigo-5-da-lei-n-8842-de-04-de-janeiro-de-1994>>. Acesso em: 06 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 Dez 1999. Seção I, n.237-E, p.20-4.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. 3ª ed, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro, 2010a.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilâncias em Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 24 Maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza SUS. **Referência e Contra-Referência**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: 03 Fev 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de maio de 2013b, Seção 1, p.30-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013c, Seção 1, p.59-62.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

CALIRI, M. H. L. et al. Novas tecnologias no cuidado de feridas. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; TEIXEIRA, E.; BRESCIANI, H.R.; MARTINI, J.G. (organizadores). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 8**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013, p. 149-182.

CHACON, J. M. F et al . Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, n. 4, p. 211-215, 2009 .

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

CHAYAMITI, E. M. P. C. **Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliária em um distrito de saúde de Ribeirão Preto**. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

DAMACENO, A. N.; SILVEIRA, R. P.; WEILLER, T. H. O cuidado domiciliar ao idoso. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 1111-1114, 2011.

FAUSTINO, A. M. **Úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e fêmur**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FONTENELE, A. D. B. et al. Promoção da saúde do idoso sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 2, n. 3, p.18-24, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, US, v. 24, n. 3, p.180–188, 2008.

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

GONZALES, R. I. C; VILLA, T. C. S.; CALIRI, M. H. L. O processo de assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de

organização da alta hospitalar. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 34, p. 325-333, 2001.

GORECKI, C. et al. Patient-Reported Pressure Ulcer Pain: A mixed-methods systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**, Leeds, United Kingdom, v. 42, n. 3, p. 443-459, 2011.

LANDI, F. et al. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. **Archives of Gerontology and Geriatrics - Supplement**, Amsterdam, v. 44, suplemento n. 1, p. 217-223, 2007.

MANHEZI, A. C.; BACHION, M. M.; PEREIRA, A. L. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 620-629, 2008.

MORAES, G. L. A. **Adaptação e validação de protocolo para prevenção de úlcera por pressão em idosos assistidos no domicílio**. 2010. 118 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MORAES, G. L. A. et al. Aplicação de Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n.18, p. 387-391, abr/jun 2013.

MORAES, G. L. A. et al . Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 07-12, 2012. Número especial 1.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). NPUAP Pressure Ulcers Stages / Categories. 2007. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-stagescategories/>>. Acesso em: 10 Fev 2014.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Washington, DC, 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC INJURY

ALLIANCE (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. **Clinical Practice Guideline**. Osborne Park, Western Australia, 2014.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática da medula espinhal**. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

NOGUEIRA, P. C. **Sobrecarga do cuidado e qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular**. 2010. 143 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Genebra, 1995. (Technical Report Series, 854).

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 da USP**, São Paulo, v. 33, p.191-206, 1999. Número especial 1.

PAQUAY, L. et al. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, n. 17, v. 5, p. 627–636, 2008.

PIRES, M. R. G. M. et al. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013.

RABEH, S. A. N. **Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão da medula espinhal**. 2007. 230p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RAIMUNDO, J. L. et al. Produção do conhecimento sobre atuação do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. **Cadernos de Pesquisa e Extensão – Centro Universitário Augusto Motta**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 63-77, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Manual do Serviço de Assistência Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas. **Manual de Assistência às Pessoas com Feridas**. 3ª ed, Ribeirão Preto, 2011.

RODRIGUES, A. M.; SORIANO, J. V. Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlceras por pressão. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 5, p. 55-63, 2011.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Departamentos Regionais de Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/>>. Acesso em: 19 maio 2015.

SANTOS, V. L. C. G.; CALIRI, M. H. L. Conceito e classificação de úlcera de pressão: atualização do NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista Estima**, v. 5, n. 3, p. 43-44, 2007.

SARTORI, N. R.; MELO, M. R. A. C. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 151-159, 2002.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 367-369, 2008.

SILVA, M. L. B. et al. Home caregivers knowledge and practices of pressure ulcer: qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8, n. 3, 2009.

WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. **Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN)**. Mount Laurel, NJ, 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Jaísa Valéria Moro, sou enfermeira e aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que estou realizando sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri.

A pesquisa destina-se ao meu trabalho de mestrado, que tem como título “Prevalência de úlcera por pressão após a alta hospitalar em pacientes em risco e contexto do cuidado no domicílio”.

Prevalência é a proporção de pessoas que tem úlcera por pressão (lesão ocasionada por pressão contínua em determinado local do corpo, que ocorre principalmente em pacientes acamados).

Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar o nível de risco para úlcera por pressão nos pacientes que estiveram em risco durante a internação no hospital e avaliar a ocorrência deste problema e o tipo cuidado no retorno às suas casas. Acreditamos que ela venha a contribuir com o conhecimento do assunto, para que futuramente os pacientes e cuidadores recebam informações sobre o risco dessas feridas durante a internação e sejam orientados para prevenção e tratamento do problema.

Será aplicado na sua residência após a alta um questionário com 50 questões, algumas sobre identificação, como idade, cor da pele, escolaridade, profissão, outras a respeito do estado do paciente, examinarei sua pele para verificar o risco para feridas ou se houver ferida farei a avaliação dela. Caso for necessário serão feitas orientações sobre a prevenção e o tratamento das feridas.

O tempo estimado para isso é aproximadamente 60 minutos e você não terá nenhum gasto financeiro.

A pesquisa poderá não trazer benefícios diretos para o seu tratamento, mas poderá contribuir para melhorar o tratamento a outros futuros pacientes. Existe o risco de você se sentir constrangido durante a pesquisa, se isso acontecer o exame da pele ou as questões serão interrompidos imediatamente e será oferecido a você apoio emocional e indenização por parte da pesquisadora, caso ocorra dano decorrente de sua participação, conforme a Resolução CNS 466/2012.

As informações relacionadas à sua identificação são confidenciais, sendo mantido o sigilo sobre elas. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, órgão existente em instituições que realizam pesquisas com seres humanos com a finalidade de proteger eticamente o participante e defender seus interesses.

Sinta-se a vontade para se recusar a participar da pesquisa, e durante todo o tempo tirar dúvidas a respeito dela. Se decidir a qualquer momento desistir da pesquisa sua decisão será respeitada, sem nenhum tipo de prejuízo, principalmente em seu tratamento no serviço de saúde (Hospital das Clínicas ou Unidade Básica de Saúde).

Caso concorde preencha os dados e assine o documento, que possui duas vias assinadas pelas pesquisadoras. Uma via pertence a você e a outra à pesquisadora.

Agradeço sua atenção e coloco-me a disposição para esclarecimentos através dos telefones (16) 36024764 e (19) 38733641.

Atenciosamente,

Jaísa Valéria Moro

Eu, _____, R.G. _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Assinatura do Paciente

Jaísa Valéria Moro

Maria Helena Larcher Caliri

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Pesquisadora responsável: Jaísa Valéria Moro

Endereço: Rua Alexandre França, 116. Parque João de Vasconcelos. Sumaré – SP

Telefone: (19) 38733641 / (16) 36024764. E-mail: jaisa.moro@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre

Telefone: (16) 3602-3386 / Fax: (16) 3602-0518. E-mail: cep@eerp.usp.br

Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00h às 17:00h.

Para dar seguimento ao tratamento, caso ainda não esteja sendo acompanhado por algum serviço, procure o posto de saúde mais próximo ou o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), localizado na Rua Minas, nº 895 das 7:00 às 17:00h ou pelo telefone 3977-7106.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável)

Meu nome é Jaísa Valéria Moro, sou enfermeira e aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de convidar o referido paciente a participar da pesquisa que estou realizando sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri.

A pesquisa destina-se ao meu trabalho de mestrado, que tem como título “Prevalência de úlcera por pressão após a alta hospitalar em pacientes em risco e contexto do cuidado no domicílio”.

Prevalência é a proporção de pessoas que tem úlcera por pressão (lesão ocasionada por pressão contínua em determinado local do corpo, que ocorre principalmente em pacientes acamados).

Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar o nível de risco para úlcera por pressão nos pacientes que estiveram em risco durante a internação no hospital e avaliar a ocorrência deste problema e o tipo cuidado no retorno às suas casas. Acreditamos que ela venha a contribuir com o conhecimento do assunto, para que futuramente os pacientes e cuidadores recebam informações sobre o risco dessas feridas durante a internação e sejam orientados para prevenção e tratamento do problema.

Será aplicado na residência do paciente após a alta um questionário com 50 questões, algumas sobre identificação, como idade, cor da pele, escolaridade, profissão, outras a respeito do estado do paciente. Examinarei a pele dele ou dela para verificar o risco para feridas ou se houver ferida farei a avaliação dela. Caso for necessário serão feitas orientações sobre a prevenção e o tratamento das feridas.

O tempo estimado para isso é aproximadamente 60 minutos e vocês não terão nenhum gasto financeiro.

A pesquisa poderá não trazer benefícios diretos para o tratamento dele ou dela, mas poderá contribuir para melhorar o tratamento a outros futuros pacientes. Existe o risco dele se sentir constrangido durante a pesquisa, se isso acontecer o exame da pele ou as questões serão interrompidos imediatamente e será oferecido a ele apoio emocional e indenização por parte da pesquisadora, caso ocorra dano decorrente de sua participação, conforme a Resolução CNS 466/2012.

As informações relacionadas à identificação dele ou dela são confidenciais, sendo mantido o sigilo sobre elas. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, órgão existente em instituições que realizam pesquisas com seres humanos com a finalidade de proteger eticamente o participante e defender seus interesses.

Sinta-se a vontade para se recusar a participar da pesquisa, e durante todo o tempo tirar dúvidas a respeito dela. Se decidir a qualquer momento desistir da pesquisa sua decisão será respeitada, sem nenhum tipo de prejuízo, principalmente em seu tratamento no serviço de saúde (Hospital das Clínicas ou na Unidade de Saúde).

Caso concorde preencha os dados e assine o documento, que possui duas vias assinadas pelas pesquisadoras. Uma via pertence a você e a outra à pesquisadora.

Agradeço sua atenção e coloco-me a disposição para esclarecimentos através dos telefones (16) 36024764 e (19) 38733641.

Atenciosamente,

Jaísa Valéria Moro

Eu, _____, R.G. _____, responsável pelo paciente _____, declaro ter sido informado e concordo que ele participe, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Assinatura do Responsável

Jaísa Valéria Moro

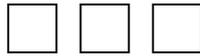
Maria Helena Larcher Caliri

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Pesquisadora responsável: Jaísa Valéria Moro
Endereço: Rua Alexandre França, 116. Parque João de Vasconcelos. Sumaré – SP
Telefone: (19) 38733641 / (16) 36024764. E-mail: jaisa.moro@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre
Telefone: (16) 3602-3386 / Fax: (16) 3602-0518. E-mail: cep@eerp.usp.br
Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00h às 17:00h.

Para dar seguimento ao tratamento, caso ainda não esteja sendo acompanhado por algum serviço, procure o posto de saúde mais próximo ou o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), localizado na Rua Minas, nº 895 das 7:00 às 17:00h ou pelo telefone 3977-7106.



APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data da coleta: ____ / ____ / ____

I - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS DO PACIENTE

- 1) Iniciais: _____
- 2) Telefone: _____
- 3) Data nascimento: ____ / ____ / ____
- 4) Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()
- 5) Estado civil:
 1. Solteiro () 2. Casado ou união consensual ()
 3. Viúvo () 4. Separado ou divorciado ()
- 6) Cor da pele: 1. Branca () 2. Negra () 3. Parda ()
 4. Amarela () 5. outra _____
- 7) Naturalidade:
 1. Ribeirão Preto ()
 2. Município do Estado São Paulo () Qual? _____
 3. Outro estado () Qual? _____
- 8) Escolaridade: Anos de estudo _____
 1. Analfabeto () 2. lê – escreve ()
 3. Fundamental 1 incompleto () 4. Fundamental 1 completo ()
 5. Fundamental 2 incompleto () 6. Fundamental 2 completo ()
 7. Médio incompleto () 8. Médio completo ()
 9. Superior incompleto () 10. Superior completo ()
- 10) Profissão: _____
- 11) Ocupação: 1. Sim () 2. Não () Se sim qual? _____
- 12) Se não: 1. Aposentado () 2. Pensionista ()
 3. Outro _____
- 13) Com quem mora:
 1. Sozinho ()
 2. Filhos ()
 3. Esposo ()
 4. Esposo e Filhos ()
 5. Esposo e Filhos / Netos ()
 6. Outros _____

14) Renda Familiar: Valor _____

1. Menor que 1 salário ()
2. De 1 a 2 salários ()
3. De 3 a 5 salários ()
4. Acima de 6 salários mínimos ()
5. Outro _____

15) Tem cuidador principal (o que cuida mais tempo): 1. Sim () 2. Não ()

Se sim quem é:

1. Esposo () 2. Filho ()
3. Nora () 4. Cuidador Formal ()

II - DADOS REFERENTES À SAÚDE

16) Morbidade referida: _____

17) Acamado: () Sim () Não

18) Fator que o levou a restrição no leito ou a cadeira:

1. Própria Doença () 2. Queda () 3. Fratura de Fêmur ()
4. Avc () 5. Amputação () 6. Cegueira () 7. Outros () _____

19) Há quanto tempo está restrito? _____

20) Medicamentos sistêmicos em uso: 1. Sim () 2. Não ()

Se sim, quantos medicamentos por dia? _____

Quais?

1. Anti-Hipertensivo ()
2. Antiepilético, Anticonvulsivante, Antidepressivo ()
3. Antipsicótico, Antidemencial, Antiparkinsoniano, Sedativos ()
4. Antiagregante Plaquetário ()
5. Hipoglicêmico ()
6. Antiinflamatório, Anestésico ()
7. Cardiotônico E Antiarrítmicos ()
8. Suplemento Vitamínico/ Alimentar, Antianêmico ()
9. Antineoplásico ()
10. Outros _____

21) Internações nos últimos 12 meses: 1. Sim () 2. Não ()

Se sim, quantas, motivos, local e duração de cada uma :

21.1 _____

21.2 _____

21.3 _____

21.4 _____

22) Motivo da última internação (durante o estudo de prevalência na UE):

1 Complicações da doença de base. () Qual? _____

2 Tratamento eletivo/cirurgia ()

3 Fratura de fêmur ()

4 Outro () Qual? _____

23) Recebeu orientações quanto a UP? Quais? (Listar)

24) Foi encaminhado a serviço de saúde para seguimento?

1. Sim () 2. Não () Se sim para qual serviço? _____

25) Atualmente está em seguimento?

1. Sim () Onde? _____ 2. Não ()

26) Há quanto tempo? _____

27) Que tipo de atendimento recebe?

28) Após a alta hospitalar recebeu visita domiciliar?

1. Sim () 2. Não () 3. Quantas vezes recebeu a visita _____

29) Qual profissional fez a VD?

29.1 Enfermeiro () Motivo da visita: _____

29.2 Auxiliar de Enfermagem () Motivo da visita: _____

29.3 Médico () Motivo da visita: _____

AVALIAÇÃO DO ESCORE ESCALA DE BRADEN

30) Percepção Sensorial:

1. Completamente Limitado ()

2. Muito Limitado ()

3. Levemente Limitado ()

4. Nenhuma Limitação ()

31) Umidade:

1. Constantemente Úmida ()
2. Muito Úmida ()
3. Ocasionalmente Úmida ()
4. Raramente Úmida ()

32) Atividade Física:

1. Acamado ()
2. Restrito À Cadeira ()
3. Caminha Ocasionalmente ()
4. Caminha Freqüentemente ()

33) Mobilidade:

1. Completamente Imobilizado ()
2. Muito Limitado ()
3. Levemente Limitado ()
4. Nenhuma Limitação ()

34) Nutrição:

1. Muito Pobre ()
2. Provavelmente Inadequado ()
3. Adequado ()
4. Excelente ()

35) Fricção E Cisalhamento:

1. Problema ()
2. Potencial Para Problema ()
3. Nenhum Problema Aparente ()

36) Escore Total: _____

III - DADOS SOBRE ESTILO DE VIDA

37) Tabagista: 1. Sim () 2. Não () 3. Ex-Fumante ()

38) Etilista: 1. Sim () 2. Não () 3. Ex-Etilista ()

39) Peso Estimado _____ Kg Altura _____ m IMC _____

40) Teve perda de peso nos últimos meses? 1. Sim () 2. Não ()

IV - DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA E TRATAMENTO

41) Apresenta UP: 1. Sim () 2. Não ()

42) Quantas: _____

43) Localização anatômica:

1. Sacral 2. Isquiática D 3. Isquiática E 4. Calcâneo D

5. Calcâneo E 6. Trocantérica D 7. Trocantérica E

8. Outra _____

UP1 () UP2 () UP3 () UP4 () UP5 () UP6 () UP7 ()

UP8 ()

44) Classificação em estágios: 1. Estágio I 2. Estágio II

3. Estágio III 4. Estágio IV

UP1 () UP2 () UP3 () UP4 () UP5 () UP6 () UP7 ()

UP8 ()

45) Tempo da úlcera:

UP1 () UP2 () UP3 () UP4 () UP5 ()

UP6 () UP7 () UP8 ()

46) Tem dor no local das úlceras no momento?

1. Sim () Nível de dor 0 a 10 _____ 2. Não ()

47) Tratamento utilizado na UP no momento da entrevista:

A) UP1 _____

B) UP2 _____

C) UP3 _____

D) UP4 _____

E) UP5 _____

F) UP6 _____

G) UP7 _____

H) UP8 _____

48) Medidas utilizadas para manejo dos fatores de risco:

48.1 Mudança de Decúbito? 1. Sim () 2. Não ()

Frequencia _____

48.2 Alívio de pressão quando sentado (Descompressão Isquiática):

1. Sim () 2. Não ()

48.3 Quantas vezes por dia: _____

48.4 Tempo que permanece sentado (horas): _____

48.5 Utiliza lençol móvel para movimentação?: 1. Sim () 2. Não ()

48.6 Utiliza travesseiro ou almofada para alívio dos calcâneos:

1. Sim () 2. Não ()

48.7 Almofada para sentar-se na cadeira: 1. Sim () 2. Não ()

Tipo _____

48.8 Tempo diário que permanece no leito em decúbito dorsal (horas): _____

48.9 Tipo de colchão:

1. Espuma comum() _____ cm altura densidade _____

2. Espuma caixa de ovo () _____ cm altura

3. Ar () 4. Água () 5. Outro ()

49) O (a) senhor (a) gostaria de fazer alguma pergunta?

50) Tem alguma sugestão sobre o tema da pesquisa?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 166/2014

Ribeirão Preto, 29 de setembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de setembro de 2014.

Protocolo CAAE: 33580014.2.0000.5393

Projeto: Prevalência de úlcera por pressão após a alta hospitalar em pacientes em risco e contexto do cuidado no domicílio.

Pesquisadores: Maria Helena Larcher Caliri
Jaísa Valéria Moro

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Maria Helena Larcher Caliri
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Escala de Braden

Percepção Sensorial	1. Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivava ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito Limitado: Responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade	1. Constantemente Úmida: A pele é mantida úmida/ molhada quase constantemente por suor, urina, etc... A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.	2. Muito Úmida: A pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida / molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida / molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	4. Raramente Úmida: A pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.
Atividade	1. Acamado: Mantém-se sempre no leito.	2. Restrito à cadeira: A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para a sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.	3. Caminha ocasionalmente: Caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.	4. Caminha frequentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
Mobilidade	1. Completamente imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	2. Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.	3. Levemente Limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.
Nutrição.	1. Muito Pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados de leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta com líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou de derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético se oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações ou agitação levam a uma fricção quase constante.	2. Potencial para Problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	3. Nenhum Problema Aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.	
				Total de Pontos:

(Fonte: Barbara Braden & Nancy Bergstrom, 1988. Validada para o português por Paranhos & Santos, 1999). PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação do risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev. Escola de Enfermagem da USP, v.33, p.191-206, 1999. Número especial 1.

Disponível

em:

<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/images/stories/download/upp-211_braden.pdf>. Acesso em 15/10/2013.